UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 N° 50

La santé de la mère et de l'enfant en Amérique Latine

(455 enquêtes médico-sociales réalisées en Colombie, Bolivie et Chaco Argentin)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 28 Avril 1970

par

Anne-Marie RAIMBAULT

Membres du Jury

MM. MONNIER J. *Président*

RUFFIÉ J.
DUCOS J.
VELLAS P.
BOURGUET J. *Assesseurs*

DALOUS A. *Suppléant*

Centre d'Hémotypologie du Centre National de la Recherche Scientifique - R. C. P. 87
Centre Régional de Transfusion Sanguine et d'Hématologie
TOULOUSE

1970

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546518_0024

La santé de la mère et de l'enfant en Amérique Latine

(455 enquêtes médico-sociales réalisées en Colombie, Bolivie et Chaco Argentin)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1970 — N° 50

La santé de la mère et de l'enfant en Amérique Latine

(455 enquêtes médico-sociales réalisées en Colombie, Bolivie et Chaco Argentin)

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 28 Avril 1970

par

Anne-Marie RAIMBAULT

Membres du Jury

MM. MONNIER J. *Président*

RUFFIÉ J.
DUCOS J.
VELLAS P.
BOURGUET J. — *Assesseurs*

DALOUS A. *Suppléant*

Centre d'Hémotypologie du Centre National de la Recherche Scientifique - R. C. P. 87
Centre Régional de Transfusion Sanguine et d'Hématologie
TOULOUSE

—

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : M. LAZORTHES.
1er Assesseur : M. BLANC.
2e Asssesseur : M. SOREL.
Doyens honoraires : MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.
Professeurs honoraires : MM. RIBAUT, VALLOIS, TAPIE, DELAS, RISER, BUGNARD. M. MOREL M. VINCENT

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	M. MÉRIEL
Clinique médicale	M. GADRAT
Clinique chirurgicale	M. LAGROT
Clinique chirurgicale et gynécologique	M. FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du cancer	M. GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	M. VIRENQUE
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.	M. RIEUNAU
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	M. ENJALBERT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	M. BAZEX
Clinique des maladies des voies urinaires	M. LHEZ
Clinique des maladies infectieuses	M. ANDRIEU
Clinique médicale infantile et puériculture	M. SOREL
Clinique médicale de la 1re Enfance	M. BARDIER
Clinique de neuro-chirurgie	M. LAZORTHES
Clinique neurologique et psychiatrique	M. GÉRAUD
Clinique obstétricale	M. PONTONNIER
Clinique odonto-stomatologique.	M. CADENAT
Clinique ophtalmologique.	M. CALMETTES
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	M. CALVET
Clinique rhumatologique.	M. RUFFIÉ (R.)
Accouchement et obstétricie sociale	N
Anatomie	M. THOMAS
Anatomie appliquée.	M. POUILHÈS
Anatomie pathologique.	M. FABRE (J.)
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT
Biophysique médicale	M. AUVERGNAT
Biophysique médicale	M. BRU
Chimie biologique.	M. VALDIGUIÉ
Électro-radiologie.	M. MARQUÈS
Embryologie générale.	M. BROUSSY (J.)
Hématologie	M. RUFFIÉ (J.)
Histologie.	M. BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	M. PLANQUES
Hygiène et Médecine sociale	M. MONNIER
Parasitologie.	M. BOUISSET
Pathologie chirurgicale.	M. DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	M. SENDRAIL
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	N.
Physiologie.	M. LAPORTE (Y.)
Physiologie appliquée et pharmacologie	M. BAISSET
Séméiologie médicale	M. LAPORTE Jacques
Thérapeutique.	M. DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie pathologique.	M. BOUISSOU
Biochimie médicale	M. DOUSTE-BLAZY
Maladies infectieuses	M. ARMENGAUD
Oto-Rhino-Laryngologie	M. CLAUX
Pathologie médicale	M. BOULARD
Physiologie.	M. MONTASTRUC

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	M. BASTIDE
Anesthésiologie	M. LARENG
Histologie et Embryologie	M. PLANEL
Ophtalmologie	M. DÉODATI
Chirurgie générale	M. SARRAZIN
Médecine générale	M. RIBAUT
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM (A.)
Physique médicale	M. COMMANAY
Physiologie	M. BESSOU

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Carcinologie	M. ESTRADE
Chirurgie générale	M. GEDEON
Electroradiologie	M. PONS
Hématologie	M. DUCOS
Pédiatrie	M. Dalous
»	M. Régnier
Pathologie expérimentale	M. GLEIZES
Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUÈRES

AGRÉGÉS

Médecine générale	M. CALAZEL
Médecine générale	M. RASCOL
Médecine générale	M. LE TALLEC
Médecine générale	M. RIBET
Chirurgie générale	M. FICAT
Chirurgie générale	M. PASQUIÉ
Chirurgie générale	M. GAUBERT
Chirurgie générale	M. SOUQUET
Dermatologie et syphiligraphie	M. DUPRÉ
Hydrologie	M. DENARD
Médecine légale	M. GRÈZES-RUEFF
Neurochirurgie	M. ESPAGNO (J.)
Neurologie et Psychiatrie	M. GAYRAL
Obstétrique	M. ESPAGNO (G.)
Ophtalmologie	M. BEC
Pneumo phtisiologie	M. DELAUDE

AGRÉGÉS LIBRES

Pathologie chirurgicale	M. DIEULAFÉ

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M. BOURBON
Chimie pharmaceutique	M. BLANC
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	M. CAUJOLLE
Pharmacie galénique	M. STANISLAS
Zoologie	M. ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	M. ROQUES
Pharmacie	M. COUTURIER
Sciences naturelles	Mme CAUJOLLE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	M. BREUILLAUD
Sciences physiques	M. PITET

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Chimie organique	M. BERTRAND
Toxicologie	M. BROUSSY (G.)
Zoologie	M. GAYREL

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M. ROCHE
Secrétaire	M. BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A MES PARENTS,

"Ce qui importe c'est d'aller vers et non d'être arrivé, car jamais l'on n'arrive nulle part". St Exupéry

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE, le Docteur Julien BOURGUET et à celle de ma GRAND-MERE, qui nous ont appris à travailler et à aimer

A MA GRAND-MERE,

A MES FRERES, MES BELLES-SOEURS, MES NEVEUX ET NIECES,

A MAITENA ET RAYMOND

A FRANCOISE ET ROBERT

Vous avez cru en notre vocation et par votre profonde amitié vous nous avez aidée à l'assumer.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

AU MOUVEMENT DES GUIDES DE FRANCE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Jacques MONNIER
Professeur d'Hygiène et de Médecine Sociale
à la Faculté de Médecine de Toulouse
Médecin des Hôpitaux

Dès le début, vous avez orienté nos projets latino-américains, vous les avez toujours soutenus et encouragés au long de mois parfois difficiles, avec votre clarté d'esprit et votre chaleureuse bienveillance. Vous avez témoigné une grande confiance dans notre travail et nous avez ouvert les larges horizons de la médecine sociale ; puisse l'avenir nous permettre de progresser dans cette voie qui nous est chère comme à vous. Nous espérons pouvoir continuer à vous compter parmi nos Maîtres.

Nous vous disons notre profonde gratitude pour la sympathie toujours disponible avec laquelle vous et Madame MONNIER, nous avez accueillie.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur Jacques RUFFIE
Directeur du Centre d'Hémotypologie du C. N. R. S.

Depuis de longues années, vous nous avez éclairée dans le cheminement parfois complexe de nos études de Science et de Médecine, avec votre enthousiasme compréhensif. Malgré le thème de nos recherches apparemment éloignées de vos préoccupations habituelles, mais grâce à votre clairvoyance affecteuse, vous avez permis à notre mission en Amérique du Sud de se réaliser. Nous sommes fière d'avoir pu travailler sous votre dynamique direction et espérons pouvoir continuer à bénéficier de vos conseils amicaux et éclairés. Nous vous disons notre profonde admiration.

Monsieur le Professeur Jean DUCOS
Professeur d'Immunologie à la Faculté de Médecine de Toulouse
Directeur-adjoint du Centre Régional de Transfusion Sanguine
Chevalier de l'Ordre du Mérite National

Nous avons été votre condisciple à la Faculté des Sciences, puis, votre élève à la Faculté de Médecine ; nous avons apprécié la qualité de votre enseignement et vous remercions pour votre amitié.

Monsieur le Professeur Pierre VELLAS
Professeur à la Faculté de Droit et des Sciences Economiques de Toulouse
Directeur de l'Institut des Etudes Internationales des Pays en Voie de développement

Vous nous avez appris comment il fallait connaître et aimer les habitants du Tiers Monde pour espérer leur développement. Vous nous avez permis de découvrir l'importance de l'économie dans les problèmes de santé, vous nous avez communiqué votre tonique affection pour les populations des pays en voie de développement, nous sommes fière de vous avoir dans notre jury.

Monsieur le Professeur Jacques BOURGUET

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique et de Chirurgie Maxillo-Faciale à la Faculté de Médecine de Rennes

Chevalier de la Légion d'Honneur

Votre sens de la vocation médicale et votre enthousiasme communicatif ont toujours été pour nous, le plus précieux des encouragements.
Votre présence à notre jury de thèse est pour nous riche de signification. Nous vous en remercions avec notre plus profonde affection.

Monsieur le Professeur Antoine DALOUS

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Toulouse

Médecin des Hôpitaux

Cette thèse parle de médecine préventive chez l'enfant ; avant notre départ, vous vous êtes intéressé à notre mission. Nous sommes très heureuse que vous ayez bien voulu juger notre travail.

A JEAN ET LINETTE DE MONTOZON

Vous nous avez accueillie en Colombie, dès notre premier séjour, avec une amitié chaleureuse et agissante, nous aidant à résoudre maintes difficultés. Soyez assurés tous deux de notre très vive et profonde reconnaissance.

Aux personnalités et aux amis qui nous apporté leur appui ou leur aide en Amérique du Sud et en particulier :

en Colombie :

Son Excellence Monsieur LE VASSEUR
Ambassade de France à BOGOTA

Monsieur le Ministre de la Santé
Antonio ORDOÑEZ PLAJA

Monsieur le Vice-Ministre, le Docteur OCHOA

Monsieur le Docteur BERCH

Monsieur le Docteur Alvaro MARTINEZ CRUZ

La Division d'Education Sanitaire du district de BOGOTA

Les Médecins et les Infirmières des Centres de Santé

Le Volontariat Hospitalier et, en particulier

La Señora Consuelo de VOLMER

Las Guias de Colombia

au Pérou :

Monsieur le Directeur de l'Hôpital de PUNO

Tous les Médecins de la Zone Sanitaire de PUNO

en Bolivie :

Son Excellence Monsieur LAMBROSCHINI
Ambassadeur de France à LA PAZ

les Médecins du Ministère de la Santé

les Médecins et Infirmières de Garita de LIMA

Nous tenons à les remercier et nous leur dédions ce travail qui, sans eux, n'aurait certainement pas pu être entrepris.

A tous nos amis de Colombie et de Bolivie

qui nous ont prodigué le meilleur et le plus chaleureux accueil ainsi que leur collaboration inlassablement dévouée, nous adressons l'expression de notre plus vive gratitude et leur redisons notre profonde amitié.

Au Personnel du Centre d'Hémotypologie de Toulouse, en particulier Mademoiselle Armelle GIBERT, Madame Gisèle LAPEYRE et Madame Renée JOUCLA
qui ont collaboré à notre travail avec tant de gentillesse amicale.

Au Centre International de l'Enfance à qui nous sommes redevable de beaucoup d'aide et de compréhension ; à tous nos sentiments très reconnaissants.

INTRODUCTION

CARTE D'AMERIQUE DU SUD

L'été 1968, un voyage d'études nous amenait en Colombie. Nous commencions nos premiers contacts avec le milieu médical et hospitalier, les centres de santé des zones rurales et urbaines. C'était nos premières relations avec ces "barrios de invasion", quartiers de banlieue où les familles arrivent la nuit, construisent une cahute avec quelques briques, des boîtes de conserves aplaties et du carton enduit de goudron, sur un terrain ne leur appartenant pas ; après quoi il est trop tard, la police n'ose plus intervenir.

Premiers contacts aussi avec la malnutrition, la mortalité infantile élevée et les problèmes de santé propres à ce continent : deux mois d'approche où nous avons essayé de saisir ce qui faisait les difficultés de ce pays, de découvrir son histoire, ses traditions, son développement, de connaître les efforts d'innovation sur le plan santé, les expériences réalisées pour un meilleur épanouissement de l'homme. Deux mois de contact, de vie dans les familles latino-américaines nous permettaient d'entrer au coeur du problème et d'amasser une documentation déjà importante.

Grâce à ces mois de sensibilisation, nous avons pu évaluer la place de l'action éducative lorsqu'il s'agit de prévenir et de résoudre les problèmes de santé. Nous avons vu que "de nombreux facteurs dont dépendent l'étiologie et l'évolution des maladies ainsi que le maintien et l'amélioration de la santé apparaissent comme relevant essentiellement du comportement humain"(86). De

nombreux horizons s'ouvraient à nous sur le rôle que peut jouer l'éducation sanitaire dans ces pays en voie de développement : éducation à travers la Médecine Préventive et Sociale, dans les dispensaires et les centres de planification familiale. L'éducation, à notre avis, pouvait aider à la transformation de ces peuples. Autrefois, la santé pouvait se définir comme une absence de maladie ; maintenant, cette conception a évolué et l'O.M.S. donne comme définition : "la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Conception plus large et surtout plus positive de la santé, mais est-elle suffisamment dynamique ? La santé est trop souvent considérée comme quelque chose d'acquis... N'est-ce pas plutôt quelque chose qui avance constamment ? La santé s'occupe du physique, du mental, du social, mais comme le souligne FIELD HORINE, ne faut-il pas y adjoindre une quatrième dimension, celle de l'esprit ? La santé concerne l'homme tout entier et, lors de notre travail en Amérique Latine, nous allions affronter ce problème : la santé n'est pas seulement un problème médical mais aussi économique, social, culturel, religieux. Cela devait nous amener à travailler avec des spécialistes d'autres disciplines (anthropologues, sociologues, ethnologues etc...). L'éducation sanitaire s'inscrit dans l'évolution générale d'un pays et suppose des changements sans lesquels il ne peut y avoir un développement véritable. Les hommes résistent aux changements et, pourtant, il n'y a développement que s'il y a changement. Albert VANDEL, dans "l'Homme et l'Evolution", souligne que "l'esprit humain n'est pas

sans opposer quelques résistances à cette notion de perpétuel changement, car il se complait dans la stabilité et l'habitude. Mais habitude et stabilité sont synonymes de vieillesse et de mort. La vie est une constante adaptation à la réalité mouvante. Il convient de remplacer la philosophie de l'immuable par celle du changement... Le penseur moderne se doit de réhabiliter la notion de changement. Le changement est apparu inférieur et nuisible, tant qu'on l'a considéré comme un accident sans but et sans signification, livré aux caprices du hasard et aux fatalités du destin. C'est l'immense mérite de la doctrine de l'Evolution que d'avoir établi la fausseté de cette assertion en prouvant la valeur du changement et son rôle dans l'explication de l'univers. Le monde nous apparaît aujourd'hui sous l'aspect d'un immense développement. Et ce développement est celui de l'esprit"(113).

A notre retour en France, connaissant mieux les besoins, nous avons pu organiser, avec l'aide et l'appui du C.N.R.S., au sein de la R.C.P. 87, une nouvelle mission de sept mois à travers l'Amérique Latine, où nous comptions nous pencher plus spécialement sur les problèmes d'éducation sanitaire, ce sujet nous paraissant crucial. Mais qu'existait-il déjà ? Quels étaient les besoins, les désirs de ces pays ? Que pouvait-on espérer faire dans cette voie là ? Une évidence semblait s'imposer à nous à cet égard : il ne fallait pas venir dans ces pays si différents de notre Europe pour y "plaquer" nos idées et notre culture, mais au contraire d'abord pour connaître les croyances, les attitudes, le comportement de ces

populations vis-à-vis de la santé et ensuite pour essayer de comprendre le pourquoi de ces traditions, de ces comportements afin de passer par cette dimension socio-culturelle pour améliorer l'état de santé. Il ne faut pas, non plus, arriver plein d'assurance et de préventions intellectuelles, mais au contraire se placer dans une attitude de recherche et de questions permanentes.

C'était d'abord la Colombie où les portes du Ministère nous étaient ouvertes et l'appui de nombreuses personnes assuré. La Colombie nous paraissait très intéressante à de nombreux points de vue. Ce pays, d'une part s'urbanise chaque jour davantage : vingt deux villes au moins dépassent le chiffre de 100 000 habitants. Dans quelques années, 50 % de la population sera urbaine. Il est donc intéressant d'étudier le problème d'éducation sanitaire de ces populations dont le contexte social est en pleine mutation. *C'est le sort que peu à peu connaissent ou vont connaître tous les pays d'Amérique Latine.* D'autre part, c'est un pays qui à l'époque actuelle, sur le plan politique, est relativement stable, ce qui permet l'aménagement de programmes sanitaires de plus longue durée.

Nous nous rendions ensuite au Pérou, en Bolivie et dans le nord de l'Argentine. Là, depuis plusieurs années, des missions d'hémotypologie, sous les directives de M. le Professeur J. RUFFIE, travaillaient sur le terrain et donc nous permettaient d'entrer en relation rapidement avec des personnes et des organismes susceptibles de nous aider. Nos projets d'études sur le contexte

médico-social semblaient devoir compléter harmonieusement des travaux scientifiques d'hématologie, de génétique et d'anthropologie. Il existe une unité biogéographique incontestable entre ces divers pays, puisqu'on peut les grouper sous le nom de Pays andins. La dernière partie de notre voyage chez les Indiens Matacos du Chaco Argentin n'est pas, malgré les apparences, étrangère à cet ensemble : "Près de Tucuman, les Incas avaient bâti une forteresse qui leur permettait de maintenir leur contrôle sur les populations indiennes descendant des hauts plateaux. La première route des Espagnols passait près de ce bastion oublié et les premiers échanges commerciaux entre les plaines et les régions andines du nord-ouest de l'Argentine ne furent possibles que par l'utilisation intensive des mulets, seuls capables de s'aventurer sans risques sur les redoutables pistes aériennes des contreforts andins"(58).

Nous n'avons pas pu aborder le Chili à cause de sa géographique très particulière, des difficultés de transport, mais il est sûr qu'il serait très intéressant de s'y rendre, car les expériences et les recherches en ce qui concerne l'Education Sanitaire y sont fort avancées. Le Brésil est un pays à part dans l'Amérique Latine, de par son étendue et de par sa population, sa langue, son évolution.

En sept mois de voyage (avions, train, camion, auto, autobus, Land Rover ou bateaux) à travers ces pays, nous avons parcouru plus de 40 000 kilomètres et vécu

au milieu des latino-américains de toutes classes sociales. Il est certain que toutes ces contrées sont immenses et complexes et qu'une étude systématique aurait demandé un temps beaucoup plus long et des équipes multiples. Nous étions partie avec des idées très précises quant au sujet de notre travail et à sa réalisation sur le terrain. Nous comptions commencer par une enquête médico-sociale afin de mieux connaître ces populations, leur désir quant à leur santé. Actuellement, quels sont les points leur apparaissant majeurs ? La santé est-elle pour eux le problème n° 1 ? Dans l'échelle des valeurs détenues par l'individu ou sa famille, il est possible que la santé n'occupe qu'une place relativement mineure, la préoccupation majeure pouvant être d'ordre économique. Ceci ne veut pas dire que l'on méconnaîtra les problèmes posés par la santé, mais ils ne seront pas l'objectif principal recherché par la famille. Il faudra donc respecter la personne, respecter et comprendre ses buts, ses conceptions, les prendre au sérieux même s'ils nous paraissent moins bons que les nôtres. On ne peut pas obliger les personnes à changer et encore moins si notre objectif ne leur paraît utile ou s'ils ne le comprennent pas.

Pour respecter la personne, il faut la connaître, connaître son pays, la société dont elle fait partie. C'est la raison pour laquelle, durant sept mois, nous nous sommes efforcée de vivre le plus possible au milieu de ces communautés, les écoutant, les regardant vivre, nous mêlant à elles. C'est pour cela que nous voulions découvrir les coutumes, les traditions, leur raison d'être, leur

fondement, leur histoire, car "l'Evolution signifie non seulement changement, mais aussi continuité"(113).Souvent, ces valeurs traditionnelles contribuent à un certain équilibre de santé. Ce continent est mal connu et il faut se défendre de tirer des conclusions hâtives... c'est un peuple très secret et très complexe. D'autre part, d'un pays à l'autre, les différences sont très importantes. Il est souvent difficile de pénétrer dans leurs civilisations et de comprendre. Ces coutumes sont depuis longtemps ancrées dans le coeur de ces peuples, elles ont été transmises de génération en génération, on croit en elles. L'importance de leur changement est évidente, mais le changement n'est pas une fin en soi ; il doit être lent,car si le personnel médical arrive sur le terrain et demande ou suggère que ces habitudes soient modifiées, alors il est très possible que se créent des frictions et que la population s'oppose au changement,mettant en danger tout le programme d'action. Ces traditions ne sont pas un simple agrégat de pratiques individuelles, mais elles forment un système très complexe, une culture. Ces attitudes, tous les membres d'une même société humaine les partagent. C'est pour cela qu'un projet d'éducation sanitaire ne peut former un aspect isolé ; il est en relation avec une économie, une religion, une éducation, une administration et une politique. Il est nécessaire de comprendre les objectifs non seulement explicites, mais aussi implicites de la conduite traditionnelle, d'essayer de dégager le fondement psychologique et sociologique de ces coutumes et de ces croyances.

Avant de quitter la France, les points essentiels de notre enquête avaient été précisés. Nous comptions faire une étude de la femme enceinte ou de la femme ayant un enfant de moins d'un an, ce qui nous permettait de nous intéresser au nourrisson.

Pourquoi avoir opté pour cette catégorie de population ? Quatre raisons ont guidé notre choix : la première étant, qu'à cette période de la vie, la mère nous est apparue plus réceptive à une éducation qui lui permettrait d'améliorer sa santé et celle de son enfant. Deuxièmement, dans ces pays, toute femme stérile est répudiée et la maternité revêt donc une importance que nous ne connaissons plus : la considération sociale de la mère est telle qu'un homme sera porté à se remarier de préférence avec une femme ayant déjà trois ou quatre enfants plutôt qu'avec une femme n'ayant pas eu d'enfants. C'est un honneur que d'avoir une famille très nombreuse. Le peuple pense que tout enfant qui naît amène deux bras qui aideront la famille à travailler la terre : il existe aussi un proverbe colombien qui dit : "cada nino que nace tiene une empanada debajo del brazo" - chaque enfant qui naît, a sous son bras un beignet - Nous voyons là le signe d'une grande confiance en la Providence. En troisième lieu, nous ne devons pas oublier que la population d'Amérique Latine est très jeune : elle est constituée en moyenne de 50 % d'enfants de moins de 15 ans. A ce chiffre, nous devons ajouter le pourcentage des mères en activité génitale qui est aux environs de 24 %. Une amélioration

de l'hygiène de vie, de l'état de santé de ces mères va retentir sur les jeunes générations et aidera au développement du pays. Un dernier point nous a paru important, c'est le taux de mortalité infantile qui est très élevé - 75 à 80 ‰ en Colombie, 150 à 160 en Bolivie, alors qu'il n'est, pour la période considérée, que de 20 à 25 ‰ en France. Sait-on que 50 % des morts de Colombie sont des enfants de moins de 5 ans ? Or, il nous a semblé, lors de notre premier voyage, que bien souvent ces morts pourraient être évitées en éduquant, en transformant peu à peu certaines habitudes de vie, et ceci même sans un budget familial plus important. C'est ainsi que des usages acceptables en zone rurale sont apparus catastrophiques en zone urbaine.

Pour bâtir un programme d'éducation sanitaire qui utilise judicieusement des techniques appropriées, il était indispensable de connaître certains lots de population, leurs besoins, les expériences déjà réalisées et pour cela de faire des sondages. C'est ce que nous avons essayé de réaliser par notre enquête.

Avant de quitter la France, nous avons cherché les aspects essentiels autour desquels nous comptions travailler, après avoir pris conseil auprès de diverses personnes compétentes et de différents organismes internationaux. Une fois sur place, avec sociologue, assistante sociale, médecin, épidémiologiste, statisticien, psychologue, éducatrices sanitaires travaillant au sein du Ministère, nous avons repris point par point notre projet, en fonction de la mentalité du pays, de son langage, mais

surtout du "Plan Nacional de Salud" du Ministère. Et ainsi nous sommes arrivée à mettre en forme le questionnaire de notre enquête qui allait nous servir dans les différents pays où nous devions travailler.

L'enquête se compose de trois grandes parties :

- une enquête portant sur l'âge, le niveau éducatif et culturel des parents, leur profession, le budget familial, la vie conjugale, le nombre et l'âge des enfants vivants, le nombre des enfants morts, l'âge et la cause de cette mort, les avortements, les premières régles et la première relation sexuelle, le lieu des différents accouchements et la raison de ce choix, quelques questions sur les habitudes alimentaires durant la grossesse et après l'accouchement, sur la planification familiale et la fréquentation du centre de santé (163 questions).

- une enquête sur l'habitat, l'organisation du dimanche, la façon dont les mères aimeraient leur temps livre, l'hygiène de vie (84 questions).

- une enquête sur le nourrisson : son alimentation, son hygiène, ses vaccinations (65 questions).

Une dernière partie est consacrée aux observations de l'enquêteuse sur le logement, l'hygiène, l'accueil reçu, etc...

Cette enquête était réalisée à domicile et demandait de 30 à 60 minutes d'entrevue. Nous avons été aidée en Colombie par la section d'éducation sanitaire du district de BOGOTA, en Bolivie par l'école d'infirmières de La Paz et dans le Chaco Argentin, par la femme

d'un médecin anglais, le Docteur PATERSON qui, elle, parlait le langage des Indiens de cette contrée, le Mataco. Au Pérou, nous n'avons pu réaliser d'enquêtes, notre mission ayant été raccourcie par un travail plus long que prévu en Colombie. Nous n'avons pu que visiter certains centres ruraux du département de Puno, département pilote situé autour du Lac Titicaca ou participer à certaines expériences fort intéressantes quant à l'organisation des postes de santé, à la formation de promoteurs et de matrones.

Nous voulions aussi réaliser un examen biomédical sur toutes les femmes interrogées, ainsi que sur les enfants. Ce ne fut pas possible dans tous les cas, mais nous avons pu en assurer quelques uns ou utiliser ceux pratiqués par le centre de santé.

Lors de notre programmation avant le départ, nous voulions nous adresser dans chaque pays aux basses couches sociales ; à chaque fois, deux lots de population auraient été choisis : l'un ayant reçu "une certaine éducation" sanitaire grâce à la présence de dispensaires, d'assistantes sociales etc.., un autre ne fréquentant pas les centres de santé. Une fois sur place, cela s'est avéré très difficile pour différentes raisons. Comment entrer en contact avec les femmes ne fréquentant pas les centres de santé dans une population aussi méfiante ? Nous avons pu le faire cependant, mais trop rarement à notre gré. D'autre part, nos critères définissant "une certaine éducation" n'étaient pas suffisamment précis et surtout

adaptés aux réalités. En outre, nous avons dû tenir compte des différences proprement nationales, donc la technique dans le choix des échantillons a dû varier légèrement suivant les pays.

Dans la réalisation de l'enquête elle-même, nous avons rencontré de très nombreuses difficultés. Certains quartiers sont formés de cahutes les unes à côté des autres, sans plan ni organisation, sans nom de rue, ni numéro et il est parfois très difficile de trouver les familles. Les voisines, entre elles, se connaissent peu ou pas, ou ne désiraient pas nous indiquer la direction. Parfois l'adresse notée par le dispensaire n'était pas exacte, la mère ayant donné une fausse indication, par crainte. En toutes circonstances, on retrouve cette méfiance. Les femmes qui travaillent ne rentrent que tard le soir et réaliser l'interview devant toute la famille réunie (et surtout en présence du mari) n'est guère possible. Nous avons dû revenir maintes fois à certains domiciles et parfois abandonner (environ dans 50 % des cas). La question de langue a beaucoup alourdi notre dialogue - en particulier en Bolivie - où de nombreuses femmes ne parlent pas l'espagnol, mais l'aymara en altitude ou le quechua dans les plaines et dans le Chaco argentin, le Mataco. Les hommes sont plus souvent bilingues.

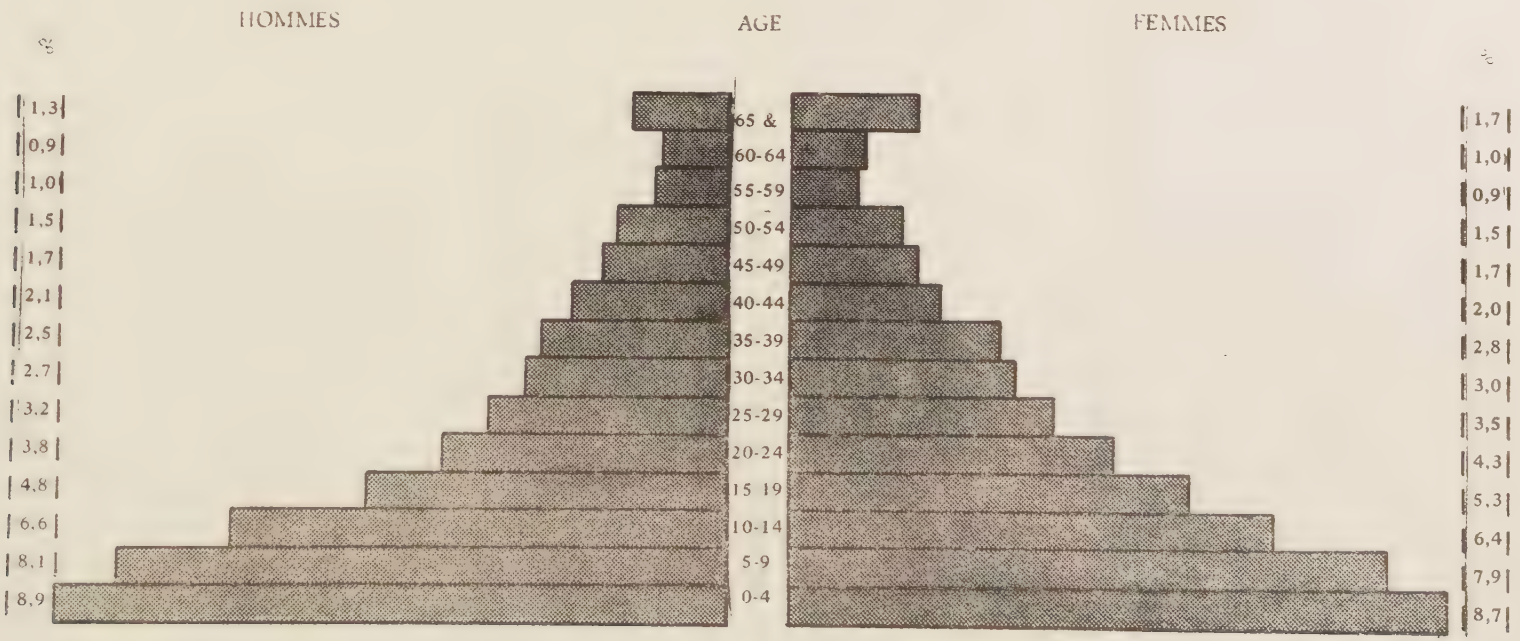
A notre retour en France, nous avons exploité les résultats des 455 enquêtes. Ayant 246 caractères pour une femme enceinte et 310 pour une allaitante, nous

avons dû avoir recours à l'informatique (°). Le travail a été difficile car la plupart de nos questions étaient "ouvertes" et ce choix avait été délibéré. Nous ne voulions pas enfermer les femmes latino-américaines dans un cadre trop rigide qui aurait risqué d'orienter leur réponse. Par exemple, si nous avions demandé à une mère de famille si elle mangeait de la viande, elle aurait répondu affirmativement car cela fait "bien". Mais si nous lui posions la question : "que manges-tu ?" elle expliquait son menu sans citer la viande, bien souvent, car elle n'en mangeait pas, faute de pouvoir en acheter ou par habitude. Nous nous étions rendus compte de ce genre de difficultés quand nous avions testé notre enquête auprès de quelques sujets.

(°) Nous tenons à adresser nos meilleurs remerciements à Monsieur l'Ingénieur en Chef M. PELEGRIN, Directeur de l'Ecole Supérieure de l'Aéronautique et de l'Espace, pour nous avoir permis de réaliser la partie calcul sur l'ordinateur C.I.I.-10070 du Centre d'Etudes et de Recherche de Toulouse (ONERA). Nous remercions très vivement Pierre et Monique RAIMBAULT pour leur affectueuse collaboration.

LA COLOMBIE

CARTE DE COLOMBIE



PYRAMIDES DES AGES - COLOMBIE 1966

A - DONNEES BIOGEOGRAPHIQUES DE LA COLOMBIE

La COLOMBIE, 1 139 155 km2, soit plus de deux fois la France - ce qui lui donne le 4e rang en Amérique Latine quant à la superficie - est un des pays les plus contrastés de ce continent ; c'est le seul dont les côtes soient baignées à la fois par le Pacifique et l'Océan Atlantique. La Colombie est donc "ouverte à tous les vents, à toutes les influences". Elle est traversée par les Andes qui s'y étalent en patte d'oie vers le nord et dessine trois régions très différentes :

- La Cordillère Orientale abrite de vastes savanes fertiles ; dans l'une d'elles, à 2 600 m d'altitude, se trouve BOGOTA construite sur un ancien village chibcha. A l'Est de cette cordillère, l'immense région des "llanos" est presque inhabitée et peu cultivée (51 % de la superficie et à peine 2 % de la population de la Colombie).

- La Cordillère Centrale surplombe la vallée du Cauca et du Magdalena. Au Nord s'étend le plateau de MEDELLIN, ville active et entreprenante de plus d'un million d'habitants.

- La Cordillère Occidentale se partage au nord en trois branches avant de finir dans le Pacifique et l'Atlantique. A l'extrémité septentrionale du pays, les sommets neigeux de la Sierra de Santa Marta dominent de plus de 5 000 m la mer des Caraïbes.

Le climat comporte trois zones : "las tierras calientes", "las tierras templadas" et "las tierras frias" dont voici les caractéristiques :

Température	Superficie	Zone	Altitude au-dessus du niveau de la mer
au-dessus de 24°	83,2 %	chaude	0 à 1 000 m
17° à 24°	8 %	tempérée	1 000 à 2 000 m
12° à 17°	6,2 %	froide	2 000 à 3 000 m
au-dessous de 12°	2,6 %	glaciale	3 000 m et plus

A une heure de BOGOTA où la température n'excède guère 18°, se trouve GIRARDOT dans la moiteur tropicale.

De nombreuses voies d'eau navigables, sur de grandes distances : CAUCA, le MAGDALENA, l'ASTRATO ont permis aux populations de se mélanger, aux transports de s'effectuer.

Après les diversités géographiques et les diversités climatiques, les diversités humaines sont aussi remarquables.

Pour la population, la Colombie comptait au recensement de 1968,20 463 078 habitants dont 88,4 % dans des villes de plus de 1 500 habitants ; il existe actuellement 22 cités de plus de 100 000 habitants. Il y a environ 12 millions de colombiens dans les villes pour 8 millions dans les campagnes. On trouve au point de vue ethnique :

26 % de blancs purs
68 % de métis
4 % de noirs
2 % d'amérindiens

La population est très marquée par le catholicisme et encore sous l'emprise de la riche bourgeoisie : moins de 1 % de la population détient 40 % des terres cultivables. Il existe encore environ 30 % d'analphabètes, malgré de nombreux efforts pour améliorer cette situation, par exemple : "Radio SUTATENZA" fait tous les jours des émissions pour "cultiver" le colombien et a, pour des prix modiques, distribué de nombreux transistors dans les zones rurales.

La vie économique de la Colombie est en transformation rapide : la production du café reste la première richesse du pays (328 millions de dollars sur le total des 435 millions des exportations de 1966, mais l'industrialisation s'accroît rapidement, principalement dans les secteurs du pétrole (vingtième producteur mondial, 72 millions de dollars exportés en 1966) et de l'acier (le célèbre complexe sidérurgique de PAZ DEL RIO, longtemps acte de foi et d'opiniâtreté, va bientôt fournir un acier concurrentiel vis-à-vis de l'étranger). Tout en améliorant continuellement la qualité de sa production, la Colombie tend de plus en plus, à se suffire à elle-même, mais un gros problème reste le manque de techniciens.

B - DONNEES STATISTIQUES DE LA COLOMBIE

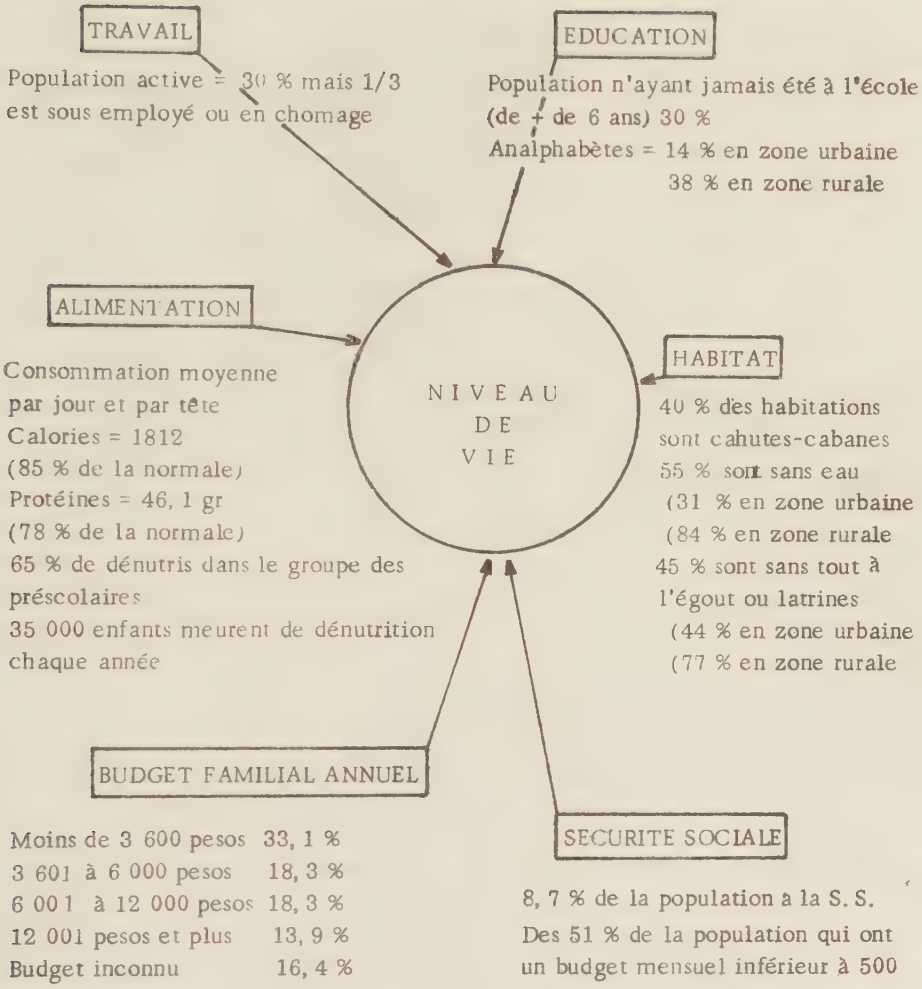
Les données statistiques relatives aux grands problèmes médico-sociaux proviennent de diverses sources (administrations colombiennes et O.M.S.). Nous les avons résumées de façon imagée dans deux tableaux, suivis de quelques chiffres et pourcentages indispensables à la compréhension de notre travail.

BUDGET DE LA SANTE (1)

En 1965, les dépenses du Gouvernement Colombien pour la santé s'élèvent à 1 101 500 000 pesos, soit une dépense de 61 pesos par habitant.La dépense pour la santé par rapport au produit national brut est de 1,83 %.

---

(1) Chiffres du Ministère de la Santé. "Plan Nacional de Salud" 1968-1977

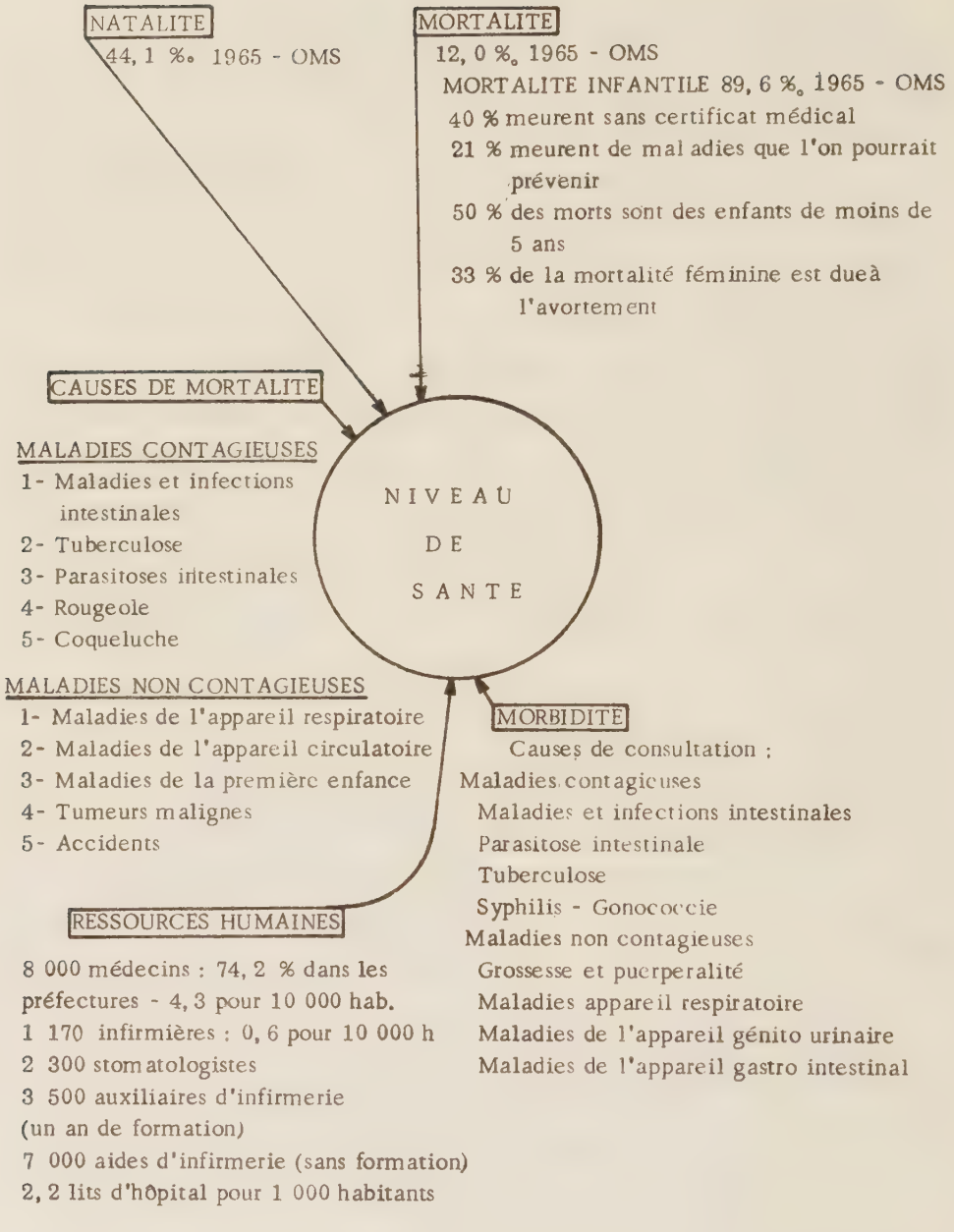


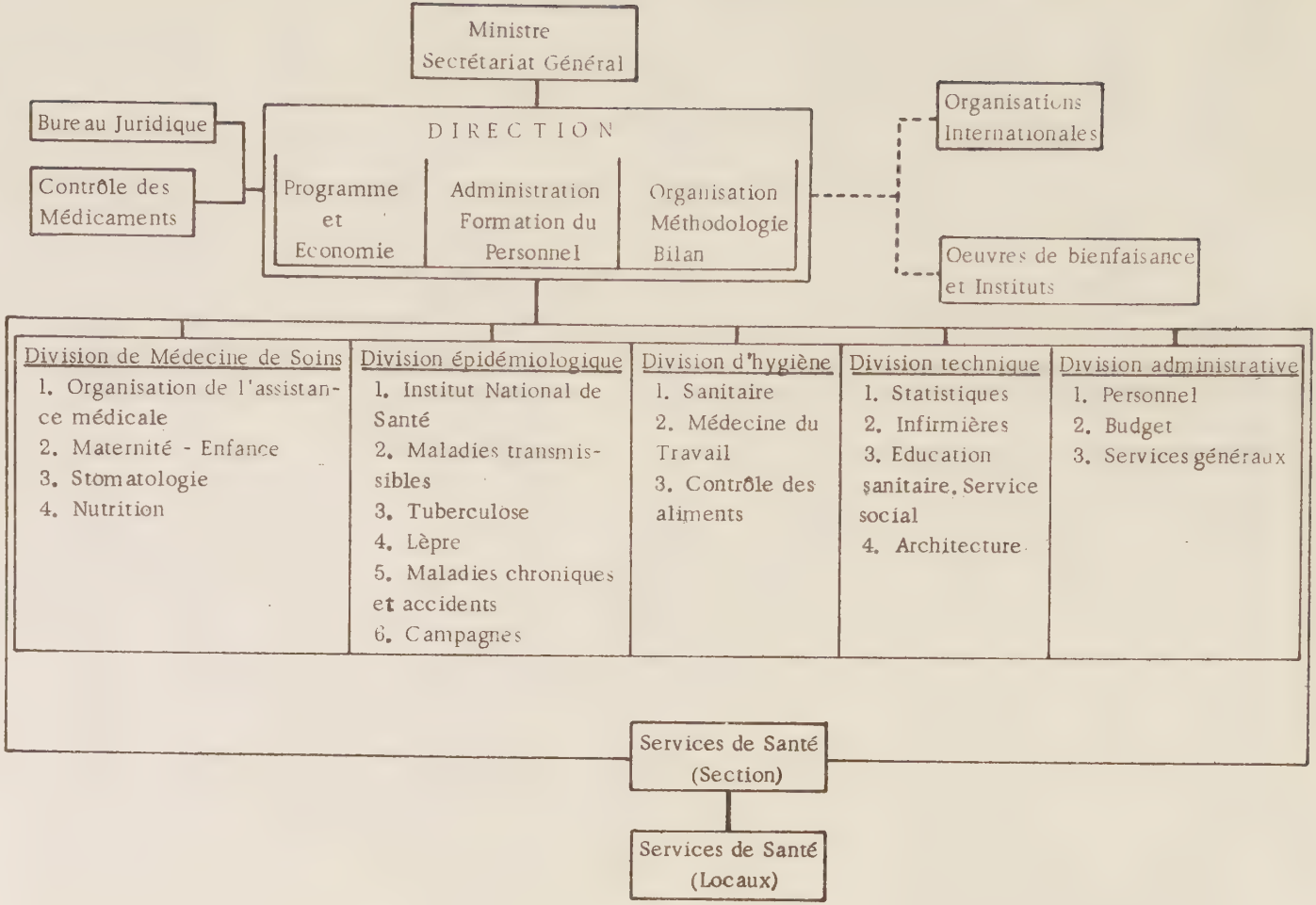
51 % de la population a moins de 500 pesos (°) par mois

(°) Pour réaliser ce tableau nous nous sommes inspirée de l "INFORME AL HONORABLE CONGRESO" de la Republica de Colombia Agosto 1967 - Julio 1968

11 à 19 pesos : **1 dollar**

1 peso : **0, 32 franc**


NATALITE
44, 1 ‰ 1965 - OMS
MORTALITE
12, 0 ‰, 1965 - OMS
MORTALITE INFANTILE 89, 6 ‰, 1965 - OMS
40 % meurent sans certificat médical
21 % meurent de mal adies que l'on pourrait prévenir
50 % des morts sont des enfants de moins de 5 ans
33 % de la mortalité féminine est dueà l'avortement
CAUSES DE MORTALITE
MALADIES CONTAGIEUSES
1- Maladies et infections intestinales
2- Tuberculose
3- Parasitoses intestinales
4- Rougeole
5- Coqueluche
NIVEAU DE SANTE
MALADIES NON CONTAGIEUSES
1- Maladies de l'appareil respiratoire
2- Maladies de l'appareil circulatoire
3- Maladies de la première enfance
4- Tumeurs malignes
5- Accidents
MORBIDITE
Causes de consultation :
Maladies contagieuses
Maladies et infections intestinales
Parasitose intestinale
Tuberculose
Syphilis - Gonococcie
Maladies non contagieuses
Grossesse et puerperalité
Maladies appareil respiratoire
Maladies de l'appareil génito urinaire
Maladies de l'appareil gastro intestinal
RESSOURCES HUMAINES
8 000 médecins : 74, 2 % dans les préfectures - 4, 3 pour 10 000 hab.
1 170 infirmières : 0, 6 pour 10 000 h
2 300 stomatologistes
3 500 auxiliaires d'infirmerie (un an de formation)
7 000 aides d'infirmerie (sans formation)
2, 2 lits d'hôpital pour 1 000 habitants


Ministre
Secrétariat Général
Bureau Juridique
Contrôle des Médicaments
DIRECTION
Programme et Economie
Administration Formation du Personnel
Organisation Méthodologie Bilan
Organisations Internationales
Oeuvres de bienfaisance et Instituts
Division de Médecine de Soins
1. Organisation de l'assistance médicale
2. Maternité - Enfance
3. Stomatologie
4. Nutrition
Division épidémiologique
1. Institut National de Santé
2. Maladies transmissibles
3. Tuberculose
4. Lèpre
5. Maladies chroniques et accidents
6. Campagnes
Division d'hygiène
1. Sanitaire
2. Médecine du Travail
3. Contrôle des aliments
Division technique
1. Statistiques
2. Infirmières
3. Education sanitaire, Service social
4. Architecture
Division administrative
1. Personnel
2. Budget
3. Services généraux
Services de Santé (Section)
Services de Santé (Locaux)

Le budget de la santé se répartit ainsi :

Hospitalisation	514 963 735	47,11 %	Médecine curative
Consultation	483 369 836	44,23 %	91,34 %
Vaccinations	25 922 598	2,37 %	Médecine préventive
Visites d'infirmières	9 266 780	0,85 %	8,66 %
Visites d'hygiénistes	59 404 212	5,44 %	

Nous pouvons remarquer combien la somme accordée à la Médecine Préventive est faible.

Les ressources financières du Ministère viennent de différents organismes :

Ministère de la Santé	19,1 %
Autres Ministères	5,8 %
Caisses Nationales de Prévoyance	32,0 %
Départements	2,9 %
Loteries - oeuvres de bienfaisance	29,5 %
Municipalités	7,2 %
Hôpitaux	3,5 %
	100 %

L'O.M.S. nous donne des chiffres différents :

En 1967, les dépenses globales de l'Etat

auraient été de 10 216 200 000 pesos dont 442 800 000 pesos accordés à la Santé, soit 4,3 % des dépenses totales. Par Colombien, le coût de la santé aurait été de 21,2 pesos.

PROJETS DU MINISTERE DE LA SANTE POUR 1968-1969

- Les causes principales de maladies et de morts étant les infections intestinales et le parasitisme, le Ministère a décidé de porter ses efforts sur : l'adduction d'eau, le tout-à-l'égout, le sanitaire et le contrôle des aliments (surtout de la viande).

- Le plan national de la Santé décide de promouvoir la Santé parmi la population économiquement active et de la protéger contre les maladies professionnelles, les accidents du travail.

- Diminuer le nombre des malades par une immunisation massive,en particulier contre la tuberculose, la coqueluche, la rougeole, la variole, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite.

- Eradiquer le paludisme.

- Lutter contre le cancer (campagne de diagnostic précoce).

- Augmenter le nombre d'hôpitaux, de centres et de postes de santé, car en 1968 un tiers de la population reçoit 64 % des consultations médicales et il y a seulement

2,2 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants. Pour cela, il sera nécessaire d'augmenter également le nombre de médecins et d'infirmières. Cet effort s'étendra sur une longue période, puisqu'en 7 ans, le ministère pense pouvoir passer pour 10 000 habitants, de une infirmière à 1,29.

- Diminuer le nombre des malades et morts par malnutrition en augmentant les efforts pour compléter la ration alimentaire en multipliant les unités de propagande sanitaire ; cela, par des programmes communs avec le Ministère de l'Agriculture.

- Permettre aux stomatologistes d'augmenter leur campagne d'addition de fluor dans l'eau, de consultation dentaire, d'éducation.

- Intensifier les services rendus par la protection maternelle et infantile, en formant des Promotrices rurales ou Leaders ruraux. Ce sont des jeunes filles ou jeunes femmes habitant à la campagne. Elles suivent un cours de 8 semaines, ce qui va leur permettre d'acquérir quelques notions d'anatomie, d'hygiène, de nutrition et de médecine. Après cette sensibilisation, elles repartent dans leur village où, tout en continuant leur vie normale, elles aident, éduquent les mères de famille et aussi, servent d'exemple. Une fois par mois, une réunion du médecin et des promotrices a lieu : le médecin aborde un problème comme celui de l'eau, par exemple, et durant les mois suivants, elles se pencheront sur ce problème dans leur village. Etant du

village, leurs conseils ou leur aide sont plus facilement acceptés. Ainsi, par leur action, leur témoignage, l'évolution des mères se fait plus rapidement. D'autre part, elles établissent les relations entre le médecin et les habitants... médecin qui ne passe généralement qu'une fois par semaine au centre de santé situé à 5 ou 6 heures de marche de certaines familles. En 1968, la Colombie comptait 1 600 promotrices rurales, le Ministre de la Santé espérait en avoir 4 000 à la fin de 1969.

C - CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS ETUDIEES

BOGOTA, qui comprend environ 2 millions d'habitants, est une ville construite le long de la montagne : ville très étendue quant à la longueur. Le nord comprend surtout les quartiers résidentiels où vit la riche bourgeoisie colombienne dans des villas agréables entourées de jardinets. Au centre, quartier de bureaux et de commerce ; des buildings voisinent avec de vieilles maisons de style colonial ou non, des échangeurs avec des ruelles étroites. Au sud, où réside la majeure partie de la population (plus d'un million d'habitants) s'étend "los barrios de invasion" : TUGURIOS, cabanes de carton goudronné et de tôle, se construisent jour après jour. Ces "barrios" s'étalent sur des kilomètres et des kilomètres ; cette situation a peu de raison de prendre fin, car les ruraux s'installent sur des terrains ne leur appartenant pas et non prévus à cet effet (pas d'infrastructure urbaine : ni eau, ni égout, ni route etc...).

Quelques cités en dur, encore peu nombreuses et très misérables sont implantées peu à peu. Vers 1960, l'immigration rurale a été très importante, non seulement du fait de l'attrait de la ville, mais surtout à cause du régime de la violence, de l'insécurité en zone rurale. C'est le cas de BOGOTA, mais aussi de CALI et de bien d'autres villes colombiennes. En 1964, 98,7 % de la population vivait dans des départements formant 53,6 % du territoire et seulement le reste de la population se partageait 46,4 % de la superficie du pays. Cette situation s'est encore aggravée et cette fois-ci au profit des villes.

Nombre d'habitants vivant en 1966 dans des agglomérations de :

plus de 20 000 habitants 45,8 % de la population totale
plus de 1 500 habitants 42,6 % de la population totale
moins de 1 500 habitants 11,6 % de la population totale

Il est assez intéressant de constater que dans une ville comme BOGOTA, les immigrants ruraux suivent, à leur arrivée, un certain cheminement. Ceux d'un même village ou d'une même région se retrouvent dans un même quartier de BOGOTA (parmi les plus pauvres d'ailleurs). D'autres s'installent au Centre de BOGOTA, dans la zone du marché, où des propriétaires louent une chambre à une famille qui s'y entasse à 6, 8, 10... (quartier misérable où la prostitution est importante). Puis les hommes trouvent du travail et peu à peu la famille change

de logement et grimpe dans l'échelle sociale en s'implantant dans un nouveau quartier.

La population féminine entre 15 et 54 ans est de 4 375 000 personnes, soit 24,2 % de la population totale. 56,5 % de ces femmes vivent en zone urbaine (centres de plus de 1 500 habitants).

Quarante centres de santé quadrillent le district de BOGOTA. Nous en avons choisi sept, de niveau social plus ou moins "bas". Nous désirions travailler dans ces zones, et, d'autre part, "la Secretaria de Salud Publica de Bogota" était intéressée par une recherche dans ces Centres. En principe chaque centre est à la disposition d'une population de 50 000 habitants ; en réalité, certains centres sont beaucoup plus importants que d'autres.

LES QUARTIERS ETUDIES

Sept centres ont donc fait l'objet de notre étude :

- 1 - Centre n° 5 : SAMPER-MENDOZA

Vieilles maisons très près du Centre de BOGOTA. Devrait toucher une population de 110 141 habitants (recensement 1968). Les tranches d'âges sont les suivantes :

moins d'un an	3 888
1 à 4 ans	14 406
5 à 14 ans	28 097
15 à 44 ans	50 775
45 et plus	12 975

Dans ce quartier, le niveau de vie est relativement bon, puisque d'après notre enquête :

2,2 % de la population a un revenu annuel inférieur à 2 000 pesos

2,2 % de la population a un revenu annuel compris entre 2 001 et 3 600 pesos

23,9 % de la population a un revenu annuel compris entre 3 601 et 6 000 pesos

45,6 % de la population a un revenu annuel compris entre 12 001 et 30 000 pesos

2,2 % de la population a un revenu annuel supérieur à 30 001 pesos.

Cette population, malgré son appartenance à un milieu socio-économique bas, ne fait pas partie des plus deshéritées de cette classe. En Colombie, 33,1 % de la population gagne moins de 3 600 pesos par an et, seulement 1/5 de la population a un revenu supérieur à 12 000 pesos.

Afin de situer ces salaires, il faut connaître nous semble-t-il, l'évolution comparée de l'indice des prix au consommateur et du salaire mensuel (6).

	1962	1966	
		main d'oeuvre non qualifiée	ouvrier
salaire mensuel	100	183	209,8
indice du prix au consommateur	100	181,9	192,1
indice du salaire réel	100	101,2	109,2

Nous voyons donc que l'indice du salaire réel n'a guère augmenté par rapport à l'indice du prix au consommateur depuis 1962.

La viande de 1° catégorie vaut entre 13,35 et 19,68 pesos le kilo
les pommes de terre entre 1,58 et 2,37 pesos le kilo
les bananes entre 1,30 et 1,67 le kilo
le lait aux environs de 1,39 le litre
la yuca de 1,79 à 2,02
le beurre aux environs de 19 pesos
et le fromage vers 15 pesos

Le logement, même très rustique, est très cher à BOGOTA ; nous pouvons en avoir un aperçu à travers ce tableau :

Composition de l'indice des prix au consommateur	Ouvrier	Main d'oeuvre non spécialisée
alimentation	27,2 %	27,2 %
logement	22,3 %	20,6 %
vêtements	24,5 %	24,2 %
Divers	26 %	28 %

En 1966 la valeur du peso oscille entre 11 à 19 pesos par dollar et la valeur du peso en francs entre 0,30 à 0,32.

- 2 - Centre n° 6 : RICAURTE

Quartier du marché où l'on trouve des petites fabriques, des ateliers, de nombreux hôtels - zone très active où les familles venant de la campagne après avoir vendu leurs parcelles de terre, s'installent. Elles ne vont pas dans une petite ville mais directement dans la capitale et au centre de la capitale. Elles vivent dans une pauvre pièce puis cherchent du travail. Après cela, elles partent dans un quartier misérable ou marginal de la périphérie, plus prés du lieu de travail du père. C'est aussi une zone d'intense prostitution. Ces caractéristiques donnent au quartier un aspect de pauvreté, de déchéance et de grande tristesse que cette population mouvante et non adaptée à la vie urbaine ne fait qu'aggraver.

Les statistiques nous annoncent 111 521 habitants se répartissant de la façon suivante :

moins d'un an	3 937
I à 4 ans	14 587
5 à 14 ans	28 449
15 à 44 ans	51 411
45 à 64 ans	10 695
65 et plus	2 442

Le revenu de ces familles toujours d'après notre enquête est le suivant :

11,6 % des familles a un revenu annuel inférieur à 2 000 pesos
4,6 % des familles a un revenu annuel compris entre 2 001 et 3 600
9,3 % des familles a un revenu annuel compris entre 3 601 et 6 000
30,2 % des familles a un revenu annuel compris entre 6 001 et 12 000
11,6 % des familles a un revenu annuel compris entre 12 001 et 30 000
6,9 % des familles a un revenu annuel supérieur à 30 001 pesos
25,8 % des familles ne connaissent pas leur revenu.

Les questions de notre enquête concernant le revenu ont été posées aux mères de famille. Or beaucoup d'entre elles ignorent ce que gagne leur mari. Celui-ci

leur donne une somme chaque semaine pour l'alimentation. Quelques familles n'avaient à ce moment précis aucune ressource, le père étant en chômage. C'est la raison pour laquelle nous trouvons ce chiffre élevé de 25,8 % des familles ne connaissant pas leur revenu mensuel ou annuel. Dans l'ensemble, elles faisaient partie des plus misérables.

- 3 - Centre n° 10 : RIO NEGRO

Situé dans la zone nord de BOGOTA : quartier assez neuf, mais pauvre : maisons de briques, ruelles de terre battue, où résident 34 972 habitants ainsi répartis :

moins d'un an	1 235
1 à 4 ans	4 574
4 à 14 ans	8 921
15 à 44 ans	16 122
45 à 64 ans	3 354
65 et plus	766

Le revenu annuel de ces familles est de :

moins de 3 000 pesos	2,3 %
de 3 001 à 3 600 pesos	2,3 %
de 3 601 à 6 000 pesos	27,9 %
de 6 001 à 12 000 pesos	37,2 %
de 12 001 à 30 000 pesos	6,9 %
de 30 001 et plus	4,6 %
Ne savent pas	18,8 %

- 4 - Centre n° 15 : TUNJUELITO

Maisons basses construites en briques, toutes semblables le long de rues poussiéreuses où les enfants se retrouvent pour jouer.

92 627 habitants ainsi répartis :

moins d'un an	3 270
1 à 4 ans	12 116
5 à 14 ans	23 629
15 à 44 ans	42 701
45 à 64 ans	8 883
65 et plus	2 028

Le revenu annuel des familles de ce centre est de :

moins de 2 000 pesos	0 %
de 2 001 à 3 600 pesos	2,2 %
de 3 601 à 6 000 pesos	26,6 %
de 6 001 à 12 000 pesos	44,4 %
de 12 001 à 30 000 pesos	0 %
de 30 001 et plus	2,2 %
ne savent pas	24,6 %

- 5 - Centre n° 20 : USME

Centre de santé dépendant du district de BOGOTA

mais situé en zone rurale, à une vingtaine de kilomètres.

8 597 habitants ainsi répartis :

moins d'un an	304
1 à 4 ans	1 125
5 à 14 ans	2 193
15 à 44 ans	3 963
45 à 64 ans	824
plus de 65 ans	188

Le revenu annuel est assez difficile à calculer, car souvent les familles vivent en circuit fermé et troquent des oeufs contre du sucre.

moins de 2 000 pesos	4,0 %
de 2 001 à 3 600 pesos	28,6 %
de 3 601 à 6 000 pesos	36,7 %
de 6 001 à 12 000 pesos	22,5 %
de 12 001 à 30 000 pesos	8,2 %
30 000 et plus	0

Ici le revenu annuel est très bas, mais nous sommes dans une région agricole de polyculture et d'élevage qui pourrait être riche si l'on aidait et formait les agriculteurs. En attendant, c'est une région très sous-développée utilisant des méthodes ancestrales où souvent les pères de famille vont travailler à BOGOTA dans le bâtiment ou comme manoeuvre. La femme reste seule à la campagne où elle exploite un petit lopin de terre.

- 6 - Centre n° 31 : SAN JOSE OBRERO

Quartier de "invasion" situé sur des collines où les cahutes sont construites les unes sur les autres... et où la rigole des eaux usées de la plus haute passe par la cuisine de celles situées en dessous. Quand il pleut, les rues sont transformées en torrent. A l'heure actuelle, un conseil de quartier très entreprenant a tellement fait pression sur la municipalité que l'on est en train de construire une route menant au centre de cette zone où pourront ainsi accéder les autobus de la ville. D'autre part, des travaux pour drainer les eaux usées vont être entrepris.

49 334 habitants ainsi répartis :

moins d'un an	1 777
1 à 4 ans	6 584
5 à 14 ans	12 840
15 à 44 ans	23 204
45 à 64 ans	4 827
65 et plus	1 102

Revenu annuel :

moins de 2 000 pesos	0 %
de 2 001 à 3 600 pesos	2,3 %
de 3 601 à 6 000 pesos	23,2 %
de 6 001 à 12 000 pesos	37,2 %
de 12 001 à 30 000 pesos	18,5 %
30 000 et plus	2,3 %
ne savent pas	16,5 %

- 7 - Centre n° 34 : MINUTO DE MARIA

Sûrement un des quartiers les plus deshérités de BOGOTA. Un terrain acheté par un prêtre a été laissé aux nouveaux arrivants de la campagne. A flanc de collines, battues par les vents, au milieu des cailloux, des rochers, de cactus et de briqueteries, battues par les vents, par ci, par là, environ 200 cabanes s'élèvent. Aucune route ne permet d'accéder à ces habitations, mais seulement des sentiers où l'on rencontre des femmes qui vont chercher de l'eau à un poste situé à 1, 2 ou 3 kilomètres. Dans la journée, on voit peu d'hommes, car ils sont partis aux aurores à BOGOTA afin d'essayer de gagner quelques pesos. Il fait froid à 2 600 m. Le vent est glacé, la température n'excède que rarement 17°, 18°. Il n'y a pas de bois pour faire du feu et les quelques morceaux de charbon de bois que l'on possède on les garde pour faire cuire le repas. Les enfants attendent le retour du père et s'il ramène un peu d'argent, ils courent vers 18 heures acheter quelques nourritures à la seule "tienda" (épicerie improvisée) du barrio où tout est beaucoup plus cher car on est à 10 kms du centre de BOGOTA et il n'y a pas de route.

En bas de la colline, à une heure à pied, un Centre de Santé vient de s'ouvrir il y a un an. La population est de 28 000 habitants car une partie de cette zone est un peu plus hospitalière et environ 2 000 logements sont dans des maisons en dur autour du Centre de Santé.

Cette population se répartit ainsi :

moins d'un an	988
1 à 4 ans	3 663
5 à 14 ans	7 143
15 à 44 ans	12 908
45 à 64 ans	2 685
65 ans et plus	613

Revenu annuel par famille :

Moins de 2 000 pesos	10,5 %
de 2 001 à 3 600 pesos	15,7 %
de 3 601 à 6 000 pesos	55,2 %
de 6 001 à 12 000 pesos	10,5 %
de 12 001 à 30 000 pesos	0 %
de 30 001 et plus	0 %

CHOIX DES ECHANTILLONS

Chaque quartier groupé autour d'un centre de santé comprenant en principe 50 000 habitants, le pourcentage de femmes en activité génitale étant de 20 à 24 % de la population colombienne, nous avons pensé nous adresser à une femme sur 500 afin d'avoir des échantillons de 40 (20 femmes enceintes et 20 femmes ayant un enfant de moins d'un an).

Comment choisir ces lots de population ? Nous avons d'abord essayé de quadriller les quartiers et de passer dans une maison sur 50 : entreprise difficile, car bien souvent il n'existe pas de plan. Cela s'est donc très vite avéré impossible... la porte ne nous était pas ouverte, la maman ne remplissait pas les conditions, elle ne voulait pas répondre à nos questions, ou bien nous étions perplexe devant une maison habitée par 10 familles. Puis,comment examiner médicalement ces mères si elles ne fréquentaient pas le centre de santé ? D'autre part, nous

nous sommes aperçue que certains quartiers comprenaient 50 000 habitants, tandis que d'autres en comptaient 100 000 et d'autres 30 000. Plus tard seulement, nous avons pu nous procurer les chiffres du dernier recensement. Nous avons donc été au centre de santé du quartier et avons tiré au sort 40 noms de femme. Nous avons relevé leur adresse et sommes allée les voir à domicile et avons pu, au centre, soit les examiner, soit utiliser leur dossier médical. Là encore, les difficultés furent nombreuses et les pertes de l'ordre de 50 %.

Ce choix, livré au hasard, nous a permis de rencontrer des mères fréquentant le centre depuis un mois.. ou depuis 10 ans, donc de niveau éducatif différent comme nous le souhaitions.

LES CENTRES DE SANTE

A BOGOTA, on peut dire qu'ils sont de deux sortes : les anciens et ceux récemment construits suivant une même architecture, dont les murs de briques rouges nues donnent une impression de propreté en même temps que de grande pauvreté. Nous y trouvons une salle d'attente, des cabinets de consultations, avec bureaux, un centre de statistiques etc.. Au premier, une salle de cours où l'on peut faire des projections et des démonstrations, une cuisine, une salle-à-manger.

Dans certains centres, on trouve également une unité où les enfants mal nutris passent la journée afin de recevoir des compléments alimentaires, jusqu'à leur rétablissement. Les mères viennent y suivre des cours de diététique sommaire avec démonstration culinaire.

Souvent une douce musique d'ambiance vous accueille. Le personnel d'un centre de santé comporte un médecin-chef aidé de quelques spécialistes vacataires, d'infirmières, d'auxiliaires et de secrétaires s'occupant des dossiers et de statistiques.

NOS ENQUETES

Grâce à l'amabilité des Directeurs de Centres de Santé et des infirmières, nous avons pu entrer en relation avec les mères de famille, consulter les dossiers médicaux, en un mot être introduite dans la vie des quartiers.

La division d'éducation sanitaire du district de BOGOTA a vivement contribué à ce travail, durant plusieurs semaines, et nous tenons à remercier à ce propos Maria De Socorro de Mendez, responsable de la division, qui a participé avec tant d'intérêt et de chaleur à notre recherche ainsi que son équipe (°).

(°) Cristina Garcia, sociologue - Helena Hernadez de Marulenda, éducatrice sanitaire - Inés Rosero - Gloria Restrepo et Graciela Gonzalès.

Nous allons analyser les éléments essentiels de nos 307 enquêtes en prenant les caractères les uns après les autres. Il nous est impossible, malgré l'apport de l'informatique, dans le cadre actuel de ce travail, d'exploiter la totalité des données ainsi fournies. Nous escomptons en reprendre quelques unes, de manière plus approfondie, dans des publications ultérieures, plus spécialisées.

En annexe, nous trouverons le questionnaire de notre enquête tel qu'il a été utilisé dans les différents pays. Des tableaux vont nous permettre d'étudier les résultats obtenus après notre dépouillement et cela rubrique après rubrique.

1 - Le niveau éducatif des parents
2 - La profession et le salaire des parents
3 - La vie conjugale
4 - Les enfants
5 - La vie sexuelle : grossesses, accouchements
6 - Le logement
7 - L'hygiène de la mère de famille
8 - Les activités de la mère de famille - ses désirs
9 - L'enfant de moins d'un an.

Nombre d'enquêtes dans les différents quartiers

	Nombre de femmes enquêtées	Nombre de femmes enceintes	Nombre de femmes allaitantes	Nombre d'enfants de moins d'un an
Centre n° 5	46	22	25	25
Centre n° 6	43	29	14	14
Centre n° 10	43	24	19	19
Centre n° 15	45	34	23	23
Centre n° 20	49	23	29	29
Centre n° 31	43	20	23	23
Centre n° 34	38	11	29	29
Total	307	163	162	162

I - LE NIVEAU EDUCATIF DES PARENTS

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Age								
15-19	18	19	21	15	14	14	5	15,3
20-24	38	25	44	33	33	46	26	35,2
25-29	29	39	21	29	18	21	21	25,5
30-34	10	8	9	15	16	12	26	12,9
35-39	5	5	5	2	12	7	16	7,3
40-44	0	0	0	4	4	0	3	1,6
45 et +	0	0	0	0	2	0	0	0,3
Niveau éducatif Mère								
Lit	78	98	77	82	73	93	65	81,3
Ecrit	74	95	74	82	71	95	53	77,5
Primaire								
1° à 3°	50	81	72	67	57	49	31	58,2
4° à 5°	46	39	35	27	14	49	5	30,7
Secondaire								
1° à 3°	17	14	9	7	2	5	3	8,0
4° à 6°	4	9	2	2	0	5	0	3,2
Analphabètes	17	2	23	15	26	5	34	17,6
Niveau éducatif Père								
Lit	78	79	79	91	80	100	74	82,9
Ecrit	80	79	77	91	80	100	71	82,5
Primaire								
1° à 3°	59	46	49	84	39	49	34	51,4
4° à 5°	56	30	32	38	22	46	18	37,7
Secondaire								
1° à 3°	26	9	21	11	4	9	0	11,5
4° à 6°	15	7	7	4	0	9	0	6,0
Analphabètes	18	18	21	8	18	0	26	15,8

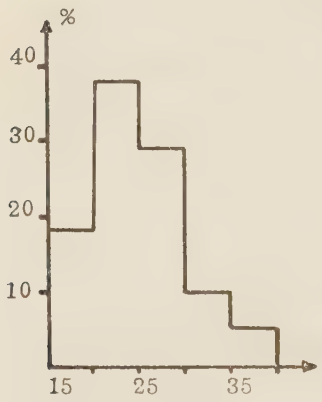
Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

Les mères de famille de notre enquête sont assez jeunes puisque 88,9 % ont moins de 35 ans ; seul le quartier 34 fait exception : 19 % des femmes ont plus de 35 ans. Il est important de remarquer ce caractère, car il va influer sur le niveau éducatif, le nombre d'enfants etc... Peu de femmes ignoraient leur âge, ce qui différencie la Colombie des autres pays où nous avons travaillé. Et pourtant, en Colombie, comme en Bolivie ou dans le Nord de l'Argentine, de nombreuses naissances et morts ne sont pas déclarées. Des familles vont à la mairie annoncer la naissance de leur enfant, d'autres sont inscrits uniquement sur le registre des baptêmes, d'autres restent inconnus et le service de recensement doit faire des moyennes entre les différentes sources de renseignement ; des campagnes de vaccination aident aussi à compléter les registres. Il ne faut pas ignorer qu'il existe encore de nombreux cimetières clandestins. (voir graphique 1)

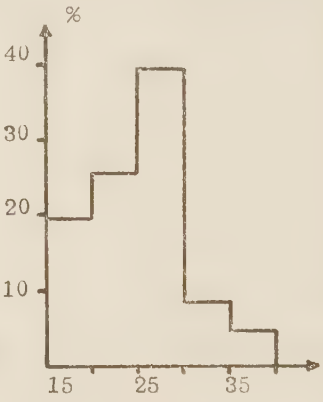
Les enquêtes ministérielles annoncent que 22,7 % des femmes de 15 à 54 ans n'ont pas été à l'école. Nous retrouvons ces mêmes chiffres : 17,6 % d'analphabètes. Or nous nous adressons à un milieu urbain, mais il est vrai de basse couche sociale. Seuls les centres 20 et 34 composés de familles rurales ou récemment arrivées de la campagne présentent des chiffres plus élevés de 23 % et 26 %.

AGE DES MERES DANS LES DIFFERENTS CENTRES

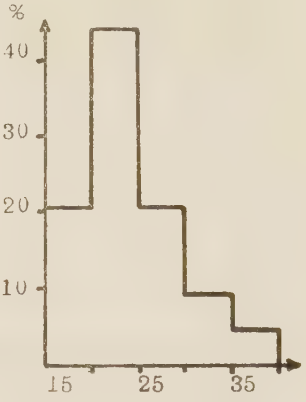
Ordonnée : Nombre de mères
Abscisse : âge



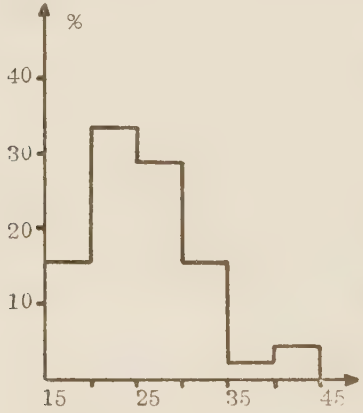
CENTRE 5 (46 sujets)



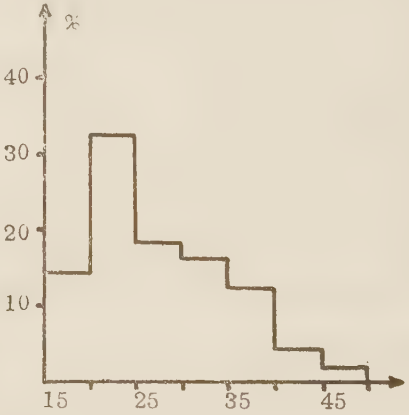
CENTRE 6 (43 sujets)



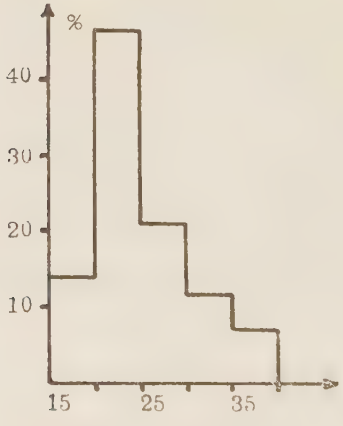
CENTRE 10 (43 sujets)



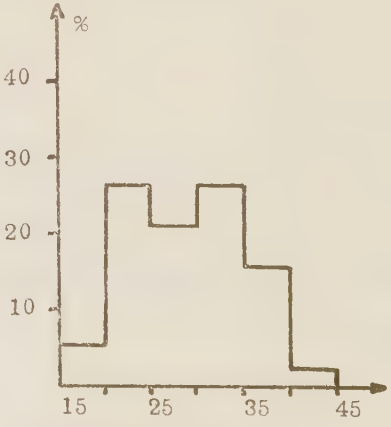
CENTRE 15 (45 sujets)



CENTRE 20 (49 sujets)



CENTRE 31 (43 sujets)



CENTRE 34 (38 sujets)

Graphique 1

Il faut bien dire que,lorsque l'on interroge les femmes sur leur savoir en lecture et écriture, beaucoup exagèrent leurs connaissances comme celles de leur mari. Les femmes jeunes ont un niveau d'instruction plus élevé que les plus âgées (voir graphique 2).

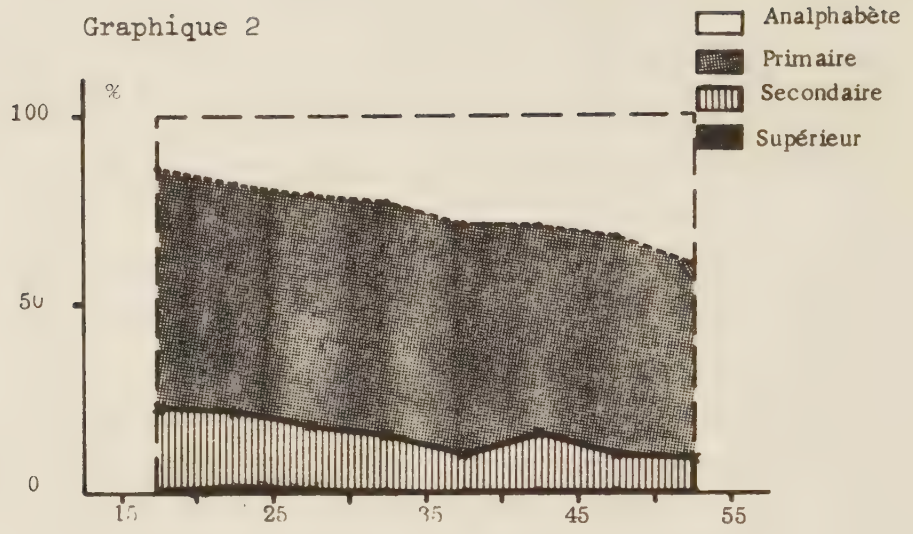
Nous avons essayé de ne pas inscrire comme sachant écrire celles qui ne savaient que signer leur nom, mais certaines ont dû nous induire en erreur car par exemple, dans le centre 31, plus nombreuses sont les femmes qui savent écrire que lire. Il en est de même chez les hommes. Il était difficile,vu le but de notre enquête et sa longueur,et surtout les conditions de travail,de demander aux mères de famille de nous écrire quelques mots. En comparant le pourcentage de femmes sachant lire et écrire de celles ayant fréquenté l'école primaire jusqu'à la troisième (soit les premières années) nous pouvons aussi mesurer l'exagération de nos chiffres.

Les pères de famille ont un niveau légèrement supérieur quand il s'agit du secondaire. Le pourcentage d'analphabètes est similaire (voir graphique 3).

A l'heure actuelle, la désertion scolaire est un problème immense. Dans le secteur public, sur 100 élèves inscrits en 1961, 19 seulement étaient retrouvés en 1966, soit un pourcentage de 81 % de désertion (°)

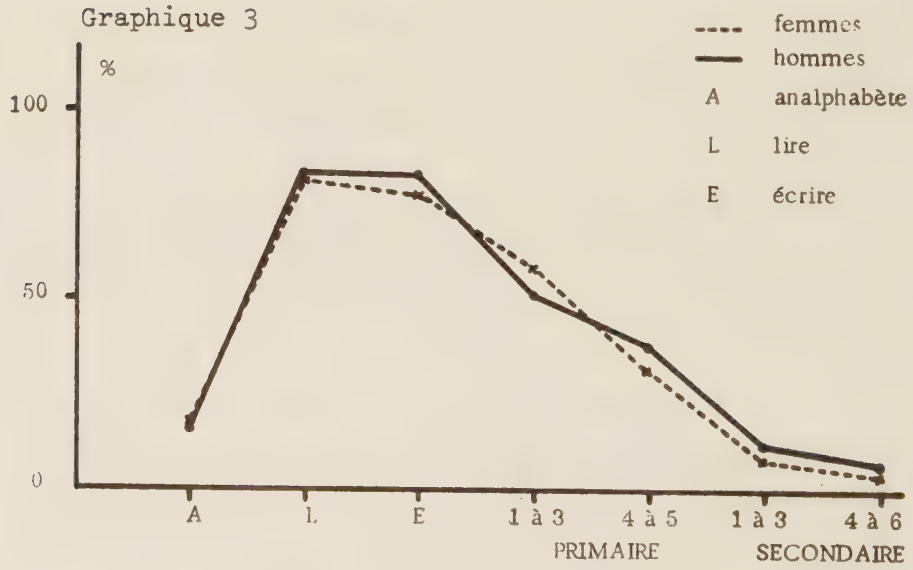
(°) voir "El Tiempo" du 22 Septembre 1969

Graphique 2



NIVEAU EDUCATIF DES FEMMES SUIVANT LEUR AGE

Graphique 3



DEGRE D'INSTRUCTION DES FEMMES ET DES HOMMES

Dans le secteur privé, la désertion ne s'élèverait qu'à 22 % ; il faut dire que ce ne sont pas les mêmes classes sociales qui fréquentent ces établissements, l'enseignement privé étant très coûteux. 74 % des écoles primaires et secondaires du secteur public sont en zone rurale. L'enseignement privé se trouve dans les villes, par exemple à BOGOTA : 65 604 élèves sont en collèges privés et 13 519 en écoles publiques. La désertion féminine est plus importante : 52 % pour les garçons et 69 % pour les filles. La situation est encore plus grave pour l'enseignement supérieur. Sur 100 étudiants inscrits en première Année, il en reste 12 après 5 ans d'études. Les universités étant insuffisantes, elles ne peuvent accepter en première année que 41 % des étudiants désirant entreprendre des études supérieures. Cette désertion occasionne une perte économique immense ; celle-ci est encore plus grande dans le Supérieur, car un étudiant qui arrête ses études en deuxième ou troisième année n'a aucun diplôme : il n'existe pas de qualification intermédiaire.

Le tableau suivant illustre le problème éducatif de Colombie (°).

(°) Voir "DANE" n° 219, Juin 69 "Educacion en Colombia"

Pays	Capacité éducative	Budget en dollars
Argentine	56 %	30
Costa Rica	46 %	29
Chili	45 %	31
Perou	39 %	23
Vénézuela	39 %	47
Colombie	38 %	10
Equateur	34 %	10

Capacité éducative : pourcentage des élèves inscrits par rapport à la population de 5 à 24 ans

Budget : somme en dollars par personne d'âge scolaire

Nous pouvons être étonnés de voir le rang de Costa Rica ; c'est un pays qui a fait un grand effort sur les problèmes d'éducation et a utilisé une partie du budget de l'armée à l'enseignement.

L'essentiel n'est pas de savoir seulement lire et écrire mais d'avoir un certain degré de curiosité. On peut avoir appris à lire et à écrire, mais avoir tout oublié car on n'a pas utilisé ce savoir. Le plus important est l'utilisation et la progression de cette connaissance. Le degré de propreté, d'hygiène de la maison n'a rien à voir avec le niveau d'instruction, mais c'est tout de même lui qui risque de déclencher la curiosité, le désir de connaître, de changer, d'améliorer, qui permet l'évolution. C'est un moyen qui aidera à la motivation de la personne.

2 - PROFESSIONS ET SALAIRES

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Profession								
Mère								
Foyer	100	100	100	100	100	100	100	100, 0
Employée Maison	6	5	7	2	4	7	8	5, 5
Vendeuse	6	2	5	2	2	2	8	3, 9
Autres	2	0	5	7	2	9	0	3, 5
Père								
Bâtiment	24	2	30	20	16	7	40	20, 0
Manoeuvre et Employé	15	28	18	20	16	28	26	21, 7
Mécanicien	11	2	2	11	0	9	5	5, 9
Marchand-ambulant	6	2	2	4	6	2	5	4, 1
Commerçant	19	28	12	4	4	14	3	11, 9
Chauffeur	9	5	5	20	6	25	8	11, 0
Agriculteur	0	0	0	9	45	0	5	8, 4
Autres	16	16	16	4	4	14	0	10, 5
Salaire mensuel en Pesos								
Mère								
Moins 100	0	2	2	4	6	5	13	4, 7
101 à 199	4	14	2	2	0	0	0	3, 2
200 à 299	6	0	0	0	2	2	0	1, 5
300 et +	4	2	2	2	-	9	0	3, 5
Père								
Moins 160	4	0	0	0	10	0	8	1, 8
161 à 300	2	5	2	7	24	2	18	8, 7
301 à 500	24	21	25	24	35	28	53	30, 0
501 à 1 000	46	23	37	42	26	35	13	32, 1
1 001 à 2 500	20	9	9	0	4	16	0	8, 3
2 501 et +	6	7	5	2	-	2	0	3, 2

Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

Parmi nos échantillons, peu de femmes travaillent, elles s'occupent pour la majorité de leur foyer. Un fait étonne lorsque l'on côtoie ces femmes : elles n'ont dans l'ensemble qu'une malheureuse pièce et sont harassées de travail même si elles n'ont qu'un enfant. Il est vrai que l'on perd un temps précieux lorsque l'on n'a pas les commodités et qu'il faut aller à la fontaine éloignée chercher de l'eau dans des boites de conserves et des casseroles. Il est sûr tout de même que toutes ces femmes sont inorganisées : cela aussi il faudra le leur apprendre peu à peu.

5,5 % des femmes en moyenne sont employées de maison, c'est-à-dire qu'elles travaillent parfois dans une famille, mais souvent dans un café ou un restaurant où on les "exploite" ; mais elles préfèrent gagner une somme inférieure au minimum exigé plutôt que de perdre leur place. Nous avons rencontré une femme qui avait 7 enfants, son mari l'avait abandonnée et elle gagnait 7 pesos pour 8 à 9 heures de travail journalier soit 2,30 F, dans un restaurant. D'autres lavent un peu de linge et cela leur permet de gagner quelques pesos ; souvent cette modique somme ne rentre pas dans le budget et ces femmes sont libres de l'utiliser comme elles le désirent (vêtement).

Les 3,5 % signalés comme occupant une autre profession sont couturières, coiffeuses, infirmières ou font du tricot à domicile.

Un fort pourcentage d'hommes travaille dans le bâtiment : le salaire y est bas et surtout l'emploi y est instable. C'est un travail périodique : ils sont engagés pour une tâche, puis après risquent de rester une ou plusieurs semaines sans travail. Il en est de même pour les vendeurs ambulants. Les chauffeurs ont, en contrepartie, un salaire très convenable. Au centre 20, seulement 44,9 % d'agriculteurs : nombreux sont ceux qui laissent la propriété à la garde de leurs femmes et de leurs enfants et vont à la ville chercher un travail de manoeuvre qui leur rapporte quelques pesos. Le grand problème de Colombie est le manque d'ouvriers spécialisés et de techniciens.

"A ceux qui ne savent ni lire, ni écrire, ce sont les derniers emplois, ceux qui exigent le moins de qualification et où les perspectives de promotion sont les plus aléatoires, les plus dangereuses pour la santé physique et morale, qui sont réservés" (110).

3 - LA VIE CONJUGALE

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Célibataire	2	16	13	2	4	5	0	6
Mariée	65	56	60	75	86	91	81	73, 4
Veuve	4	5	2	0	2	2	0	2, 2
Union libre	28	23	25	22	8	2	18	18, 3
Vit avec son mari	83	70	74	95	96	93	84	85, 1
Depuis - 1 an	20	18	19	11	8	19	4	14, 2
1 à 4 ans	43	35	35	31	26	28	17	30, 7
5 à 9 ans	23	16	16	39	33	31	46	29, 0
10 et +	11	14	16	15	29	16	32	19, 1
Planning	39	0	30	24	39	25	16	24, 5
Depuis quand								
- 1 an	19	0	18	15	18	16	10	13, 8
1 à 2 ans	11	0	9	0	12	7	0	5, 6
2 ans et +	9	0	2	9	8	2	5	5, 1
Méthode								
Pillules	24	0	14	11	4	12	0	9, 2
Moyens ancestraux	6	0	0	2	2	2	3	2, 2
D. I. U.	4	0	7	7	12	9	0	4, 2
Préservatif masculin	4	0	5	0	0	5	0	2, 0
Ogino	6	0	5	2	6	7	0	3, 8
Coït interrompu	9	0	0	2	8	2	5	3, 8
Recommandée par								
Centre/santé	17	0	16	4	14	12	0	9, 1
médecin personnel	6	0	14	7	6	7	3	6, 1
Ami	9	0	2	11	8	7	3	5, 7
Mari	2	0	0	2	4	0	3	1, 5

Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

Nous pouvons remarquer un pourcentage important de femmes vivant en concubinage, puisque, dans certains quartiers de Bogota, il atteint 28 %, mais il est plus faible à la campagne : 8 % où les traditions et l'influence du "qu'en dira-t-on" sont encore très vivantes, sans parler de la morale religieuse. Le problème de la stabilité du foyer est immense en Colombie. Combien voit-on de femmes abandonnées par leur mari alors qu'elles ont de nombreux enfants à charge ? d'enfants d'une même famille, mais de pères différents ? Une loi sur la paternité responsable a été votée, mais elle est récente et l'on est encore loin de l'appliquer. Il faut dire que le manque d'éducation, d'ouverture, de sens de la responsabilité de la femme colombienne rend le changement difficile. Nous nous trouvons dans un cercle vicieux. De nombreux hommes croient prouver leur virilité en s'intoxiquant à l'alcool, en montrant des attitudes de "machismo" et en augmentant leur famille sans penser à l'avenir.

C'est pour cette raison qu'il serait fort intéressant d'éduquer les pères de famille. Il est fort difficile de réaliser cela dans les centres de santé car les hommes ne les fréquentent pour ainsi dire pas. Certaines tentatives ont été lancées dans les lieux de travail, les usines ou lors de réunions syndicales. Nous sommes encore loin des réunions regroupant les parents ; nous avons eu l'occasion de participer à une réunion, dans un quartier périphérique de Bogota qui regroupait pères et mères de famille autour du maître d'école et des leaders du Comité de quartier, réunion d'information

sur les problèmes d'alimentation de l'enfant. Il est certain que ceci serait l'idéal.

Les taux de natalité, d'avortement, de mortalité infantile et d'abandon d'enfants étant élevés, la Colombie s'est intéressée à la planification familiale. Ce n'est pas le seul moyen à ses yeux, pour sortir du sous-développement, mais la régulation des naissances peut, dans son cas, être bénéfique et s'accompagner de changements fondamentaux sur le plan socio-économique. Elle peut, si elle est bien conçue, faire partie d'une politique effective de développement.

Dans notre enquête, nous trouvons en moyenne 24,5 % des mères qui planifient leur famille, mais il est nécessaire d'analyser les moyens. Certaines utilisent des moyens ancestraux comme bains d'herbes, de citron, de vinaigre, absorption d'aspirine, suppositoire, tourner le dos à son mari après l'acte sexuel, manger des pêches etc... Virginia Gutierrez de Pineda nous décrit dans "La Medecina popular en Colombia" deux moyens utilisés à Bogota pour éviter la conception, moyens magiques. Pour ne pas avoir d'enfants, la mère doit prendre pendant 9 jours, à jeun, 9 gouttes de cire à cacheter, en commençant par une goutte le premier jour et en allant en dose croissante jusqu'au 9e jour. Puis elle se repose le 10e et prend à nouveau des gouttes mais en commençant par 9 et en allant en dose décroissante jusqu'à une le 9e jour.

On peut aussi la nuit racler le sabot d'une mule et faire bouillir les "raclures" dans l'eau. On en prend 9 gouttes en suivant le même protocole. Ces deux traditions ont été établies l'une pour que la cire obstrue l'utérus, l'autre afin de ressembler à la mule, hybride stérile. Le chiffre 9 représente le processus de gestation que l'on veut éviter.

Nous avons rencontré durant nos enquêtes de nombreux moyens contraceptifs traditionnels ou issus de traditions déformées.

D'autres femmes utilisent plus ou moins bien les moyens conseillés par les centres de planification familiale, par exemple oublient la pilule un jour et en prennent deux le lendemain. Nous avons rencontré de nombreuses femmes qui ne pouvaient pas aller au centre de planning, car leur mari le leur interdisait. Beaucoup de femmes ignoraient l'existence d'un département de régulation des naissances dans le centre de santé qu'elles fréquentaient. Ce n'est pas tellement la motivation qui manque que l'information.

Influence du niveau éducatif de la mère et du nombre d'enfants sur la planification (centres n° 15-20-31-34)

Nombre d'enfants	Niveau éducatif de la mère			
	Analphabète	Lit-Ecrit	I	II
1	0	0	3,6	0
2	0	16,7	35,7	0
3 à 5	62,5	83,5	46,4	0
6 à 8	25,0	0	10,7	0
9 à 11	12,5	0	3,6	0
TOTAL	100 %	100 %	100 %	

La scolarité et le nombre d'enfants n'ont pas une influence majeure sur la pratique de la planification. Mais nous pouvons dire que le niveau éducatif de la mère l'incite plus à planifier sa famille que le nombre d'enfants. Une fois de plus, nous voyons le rôle prépondérant que peut jouer l'éducation et l'information.

Influence du niveau éducatif des parents sur la non-utilisation du planing familial (centres n° 15-20-31-34)

Niveau éducatif de la mère	Niveau éducatif du père			
	sans instruction	lit-écrit	I	II
sans instruction	38,9	20,5	12,2	11,1
lit-écrit	22,2	50,0	10,2	11,1
I	38,2	29,5	73,5	44,4
II	0	0	4,1	33,3
	100 %	100 %	100 %	100 %

La non-utilisation du planning familial est plus influencée par le niveau éducatif du père que par celui de la mère.

Influence de l'état civil de la mère et du nombre d'enfants sur la non utilisation de la planification familiale

Etat civil	I & 2 enfants	3 à 5	6 à 8	9 à 11
Célibataire	4,8	2,8		
Mariée	78,5	91,6	88,9	80,0
Union libre	16,7	5,6	11,1	20,0

L'état civil de la mère influe plus que le nombre d'enfants sur la décision d'adopter une méthode de planification. Les femmes qui vivent en concubinage utilisent en plus grande proportion les méthodes offertes par les centres de santé que les femmes mariées.

Il est sûr que par les centres de régulation des naissances, on pourrait apporter aux mères de famille une information importante, une éducation indispensable sur bien des plans (hygiène, nutrition, etc..) ; ce moyen n'a pas été assez exploité. D'autre part, il est indispensable de respecter les étapes d'information, de réflexion et de liberté de choix quand les mères viennent au centre de planning.

4 - ENFANTS

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Grossesses								
Moins de 3	13	26	30	7	4	9	5	13, 5
3 à 6	76	52	30	51	59	79	45	56, 0
7 à 10	4	19	7	29	24	12	45	20, 1
11 à 15	6	0	0	11	10	0	5	4, 7
15 et +	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfants vivants								
Nombre	75	65	76	114	180	77	168	2, 45
Age								
moins 1 an	29	16	28	21	16	27	14	21, 7
1 à 4 ans	44	35	38	31	33	44	34	37, 1
5 à 9 ans	15	32	26	31	32	21	31	26, 8
10 à 14 ans	7	10	8	14	12	8	16	10, 6
15 et +	5	6	0	3	7	0	5	3, 8
Enfants morts								
Nombre								
1	4	12	14	15	14	9	16	12, 0
2 à 4	2	14	16	4	0	0	8	6, 3
4 et plus	0	0	0	0	0	0	0	0
Age								
moins 6 mois	9	12	12	7	8	7	10	9, 1
6 à 11 mois	0	14	5	2	6	0	5	4, 6
1 à 4 ans	0	9	2	11	4	2	18	6, 6
4 ans et +	0	0	2	0	0	0	0	0, 3
Causes								
Diarrhée	4	7	7	4	4	0	16	6, 1
Broncho P.	0	9	12	9	6	2	13	7, 3
Rougeole et Coqueluche	0	0	5	2	2	0	0	1, 2
Denutrition	0	2	0	2	0	0	0	0, 6
Inconnue	4	5	0	0	2	0	3	1, 9
Autres	0	5	9	4	0	7	5	4, 3
Avortements								
Nombre								
1	24	7	9	18	14	14	16	14, 5
2 à 4	4	9	2	2	2	7	0	3, 8

Causes								
Dénutrition	11	0	0	0	4	2	0	2,4
Trauma Physique	15	7	5	15	8	9	13	10,2
Trauma psychologique	0	5	5	0	4	9	3	3,7
Provoqué	6	0	0	0	0	0	0	0,8
Voyages	0	0	5	2	2	2	0	1,5
Autres	2	0	0	2	0	2	0	0,8
Inconnue	9	7	0	2	2	2	3	3,5
Morts nés								
1	4	0	2	4	0	0	0	1,4
2 à 4	2	0	0	0	2	0	0	0,5

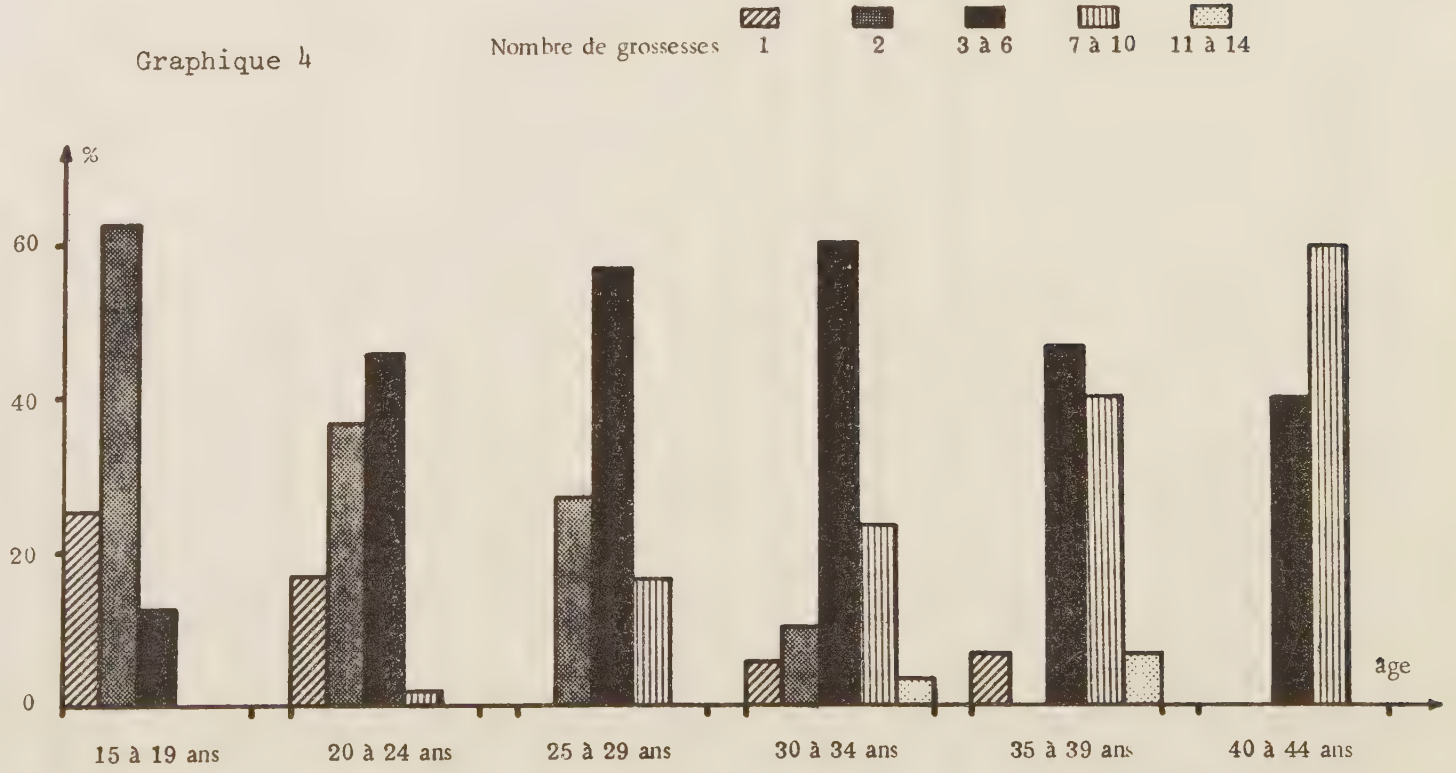
Le pourcentage de femmes ayant eu de 3 à 6 grossesses est assez élevé puisqu'il se situe en moyenne à 56 %, pourtant les mères de notre enquête sont relativement jeunes puisque 60,8 % ont entre 20 et 29 ans (voir graphique 4). Dans toutes les tranches d'âges, les femmes possédant un revenu très bas ont un taux de grossesses supérieur à celles qui ont un revenu élevé (voir graphique 5). La grossesse est considérée par les femmes de ces basses classes sociales non comme un phénomène physiologique normal, mais comme une maladie.

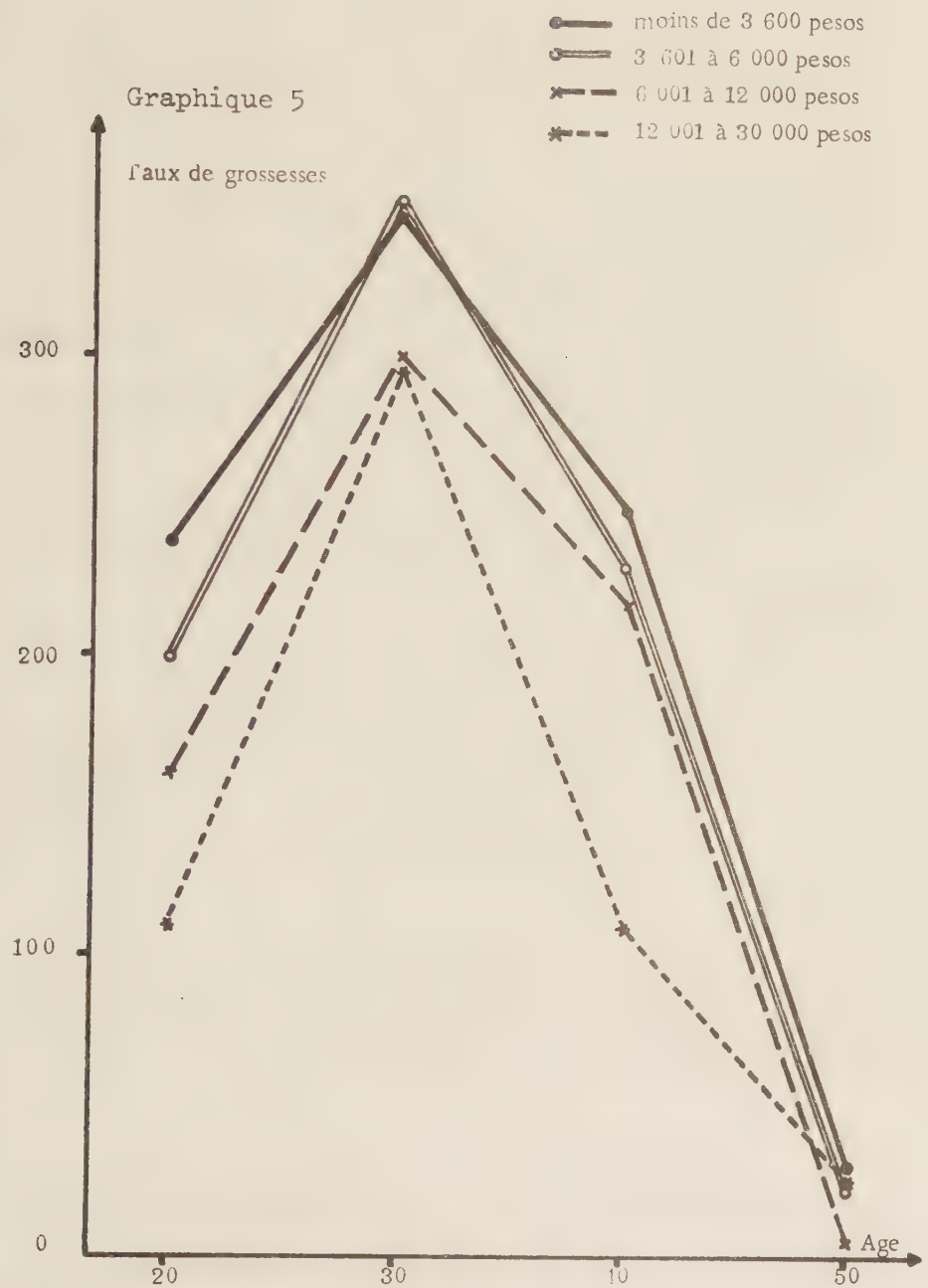
Nous trouvons une moyenne de 2,45 enfants vivant par mère ; le taux est beaucoup plus élevé dans le centre n° 20 : 3,67 et dans le centre n° 34 : 4,4.

Nous pouvons remarquer que la mortalité infantile est très élevée pour les enfants âgés de 1 à 4 ans ; dans le quartier n° 34, 18,4 femmes sur 100 ont perdu un enfant de cet âge qui correspond à la période critique du sevrage.

POURCENTAGE DES GROSSESSES SUIVANT L'AGE DE LA MERE (CENTRES 15-20-31-34)

Graphique 4





POURCENTAGE DE GROSSESSES SUIVANT L'AGE DE LA MERE ET LE REVENU ANNUEL
(TAUX POUR 1 000 FEMMES DURANT UN AN)

Avortements

Dans notre schéma sur "le niveau de santé" nous avons signalé que 33 % de la mortalité féminine était due à l'avortement ; c'est donc un problème crucial en Colombie comme dans de nombreux pays d'Amérique Latine En 1967, le Ministère annonçait que sur 100 grossesses :

83,7 aboutissaient à des enfants vivants

16,3 se terminaient par des morts foetales dont 82,4 % sont des avortements, soit 136 avortements sur 1 000 grossesses.

Parmi les morts foetales, il est d'usage d'établir trois classes :

Mort foetale précoce : grossesse s'arrêtant avant la 20e semaine soit 11,7 %

Mort foetale intermédiaire : grossesse s'arrêtant entre la 21e semaine et la 27e semaine soit 2 %.

Mort foetale tardive : après la 28e semaine

Mort foetale précoce et mort foetale intermédiaire sont habituellement appelées avortements et mort foetale tardive concerne le mort né.

Un travail réalisé par l'université de Antioquia (Medellin) annonce 310 avortements pour 1 000 grossesses en 1966, soit plus du double du chiffre du Ministère. Il est certain que ce pourcentage se rapportant aux avortements est encore plus important dans la

réalité ; de nombreuses femmes, lors d'enquêtes n'osent pas avouer un avortement ; d'autre part, toutes les femmes ayant subi un ou plusieurs avortements ne sont pas hospitalisées, les statistiques sont donc très difficiles.

- Influence de l'âge de la mère

Les risques qu'une grossesse se termine par un avortement sont plus grands à mesure que l'âge de la mère est plus avancé. Ainsi parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans, 11 % des grossesses se terminent en avortement, alors que pour les femmes entre 35 et 54 ans, la proportion est deux fois plus grande.

- Influence du nombre des enfants

Les femmes sans enfants vivants montrent un taux de 680 avortements pour 1 000 grossesses tandis que les femmes ayant un ou plusieurs enfants ont un taux beaucoup plus faible de 140 ‰ pour une période d'un an.

- Influence de la localité

En zone rurale, le taux d'avortement est inférieur (79,6 ‰) à celui des régions urbanisées : dans les petites villes, il s'élève à 204 ‰, dans les capitales à 159 ‰.

- Influence socio-économique

Le risque d'avortements est moindre dans les milieux économiquement bas : 110 ‰. Il augmente dans les

classes intermédiaires : 131 ‰ à 201 ‰ et descend dans les classes hautes : 120 ‰.

- Influence du niveau d'instruction

On trouve des taux plus bas chez les femmes n'ayant aucune instruction ; il augmente chez les femmes ayant suivi l'école primaire pour redescendre chez celles qui ont suivi l'enseignement secondaire ou supérieur.

Parmi les causes des avortements, lorsque nous parlons de traumatisme physique, dans 75 % des cas il s'agit de mauvais traitements infligés par le mari, les 25 % restant concernant des efforts physiques ou des chutes. Les traumatismes psychologiques sont peur, angoisse, soucis

5 - VIE SEXUELLE - GROSSESSES - ACCOUCHEMENTS

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Premières régles								
10-12 ans	22	7	23	18	12	21	8	15,7
13-14 ans	72	93	77	78	84	77	87	80,9
Premières relations								
moins 14 ans	9	0	7	2	0	2	8	3,9
14 à 16 ans	17	32	18	24	22	21	26	23,1
17 à 19 ans	39	35	30	33	47	30	31	35,1
20 ans et +	39	28	44	38	29	44	26	35,4
Preuves de grossesse								
Absence régles	41	2	30	53	35	51	39	36,0
Nausées	2	0	2	7	10	46	13	11,5
Fatigue	0	0	0	2	0	21	0	3,3
Médecin	13	2	18	0	0	2	0	5,1
Mari	4	0	2	2	0	0	0	1,2
Autres	0	0	2	0	4	14	5	3,5
Lieu Accouchement								
Foyer	4	5	5	13	20	9	10	9,5
Hôpital	48	56	51	44	22	44	13	39,8
Pourquoi au foyer ?								
Peur hôpital	6	7	0	11	26	5	10	9,4
Economie	0	2	0	2	6	0	5	2,2
Nécessité	4	0	2	9	14	7	31	9,8
Soins hospitaliers insuffisants	11	0	2	2	14	5	8	6,0
Autres	0	0	7	7	14	16	13	8,1
Pourquoi - Hôpital								
Peur	13	2	9	4	8	7	3	7,1
Economie	30	7	14	20	6	23	10	15,8
Exigé par dispensaire	14	0	25	0	12	12	3	9,4
Soins efficaces	37	23	42	55	16	42	24	34,1
Autres	5	0	14	4	4	2	5	5,0

Nombre d'enfants nés au foyer								
- 2	15	16	16	18	14	16	26	17,4
2 à 5	9	14	12	11	43	23	24	19,2
6 et +	9	7	2	7	16	0	21	8,8
à l'hôpital								
- 2	28	18	21	22	16	25	16	19,6
2 à 5	48	25	32	51	10	35	42	34,8
6 et +	4	0	5	2	6	2	8	3,8
Alimentation durant la grossesse								
Protéines	66	74	58	49	49	63	26	55,0
Fruits	28	46	30	40	20	65	18	35,4
Légumes	43	25	37	69	61	65	34	47,9
Féculents	78	77	70	87	88	68	82	78,3
Chocolat	52	14	39	44	78	28	47	43,2
Autres	4	0	0	0	0	7	3	1,9
Temps repos après accouchement								
- 3 jours	9	0	7	0	6	5	3	4,1
3 à 9 jours	24	23	18	40	41	42	63	35,9
10 à 20 jours	24	21	18	31	37	25	8	23,4
21 à 30 "	0	5	5	0	4	5	0	2,6
31 à 40 jours	17	5	18	18	2	0	8	9,7

Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

Les pourcentages concernant l'âge d'apparition des premières régles et l'âge des premières relations sexuelles ne sont pas très proches de la réalité. Au cours de nos enquêtes, nous avons senti que la femme ne se rappelait plus exactement la date de sa première menstruation. Quant aux relations sexuelles, la morale et la pudeur voulaient que cette date concorde avec la date du mariage ou avec la naissance du premier enfant ! dans la plupart des cas.

Parmi toutes les Colombiennes interrogées sur les symptômes qui leur font penser qu'elles sont enceintes peu ont répondu rapidement "l'arrêt de la menstruation";

nombreuses sont celles qui n'ont pas encore fait de lien entre la grossesse et l'arrêt des régles. Elles parlent de fatigue, de nausées, de diagnostic fait par le mari ou le médecin.

39,8 % des femmes accouchent à l'hôpital, en moyenne. Dans le centre n° 6 nous trouvons un taux de 56 %. Seuls les centres 20 et 34 restent à des taux très bas ; les mères habitent très loin de l'hôpital ou de la clinique, ne savent pas comment s'y rendre et même n'en connaissent pas l'existence. Souvent l'accouchement est fait par le mari ou dans certains cas la mère de famille se débrouille seule. Nous avons eu l'occasion de rencontrer quelques matrones et de bavarder avec elles. Il est certain qu'il serait très intéressant de les former, comme l'ont réalisé les médecins péruviens dans le département de Puno. Nous en reparlerons plus loin.

Dans la médecine populaire, nous avons senti deux courants : la médecine magique et la médecine populaire traditionnelle appelée "curanderismo". Dans la médecine magique, la maladie est le résultat d'une volonté adverse, il est donc nécessaire que la personne ennemie ait des pouvoirs magiques pour la transmettre. De là est né le sorcier qui a pour rôle d'envoyer la maladie à une personne déterminée moyennant un paiement par l'ennemi. Certains sorciers ont deux pouvoirs : ils transmettent la maladie et la soignent. Pour transmettre le mal, les "brujos" (sorciers) utilisent une action comme de passer la main sur la tête de celui qu'il doit rendre malade ou

de le prendre par l'épaule. Cela peut être aussi un aliment courant qui aura un pouvoir spécial ce jour là.

Certains symptômes douloureux sont expliqués par la présence de corps étrangers ou d'animaux à l'intérieur de l'organisme humain ; par exemple, les maux d'estomac sont dûs à un oiseau qui pique pour sortir. La folie est due à un papillon nocturne qui se trouve dans la tête.

Pour prévenir toutes ces maladies, on met, aux enfants en particulier, de nombreuses amulettes en jais ou corail dotées de pouvoirs magiques spéciaux.

L'utilisation des plantes est aussi très répandue, plantes curatives et préventives ; les unes sont prises en infusion, les autres agissent par leur présence dans la maison. Elles agissent sur certaines maladies mais aussi sur la pauvreté, le mauvais sort.

La médecine populaire traditionnelle (curanderismo) est du domaine public, ce n'est pas l'affaire d'une personne particulière, mais elle est très prospère dans le milieu féminin. Elle est transmise de génération en génération, elle s'enrichit au cours des âges, elle se renouvelle, elle assimile et adopte avec facilités les connaissances et usages nouveaux. Par exemple, elle utilise les antibiotiques pour tout et pour rien sans s'inquiéter des risques, de la posologie, des indications. Il en est de même de la quinine, des vitamines, des extraits hépatiques,

etc.. Cela est très facile en Colombie car l'on peut acheter tout ce que l'on veut dans les pharmacies . Les "curanderos" utilisent aussi des moyens populaires comme des animaux récemment sacrifiés que l'on place sur le ventre d'une femme stérile afin de lutter contre la "faiblesse" de l'utérus. Nous voyons que dans cette médecine populaire, la "comadrona" va utiliser ses pratiques magiques, mais aussi des doses de quinine pour accélérer l'accouchement, des injections d'antibiotiques pour lutter contre une infection. Elle posera des vers de terre sur un rhumatisme, du goudron sur une brûlure.

Un autre point très important dans la psychologie du Colombien, vis-à-vis de la médecine, est le prix des médicaments. Un remède ultra moderne et très cher est bien meilleur qu'un remède de peu de prix. On a l'impression qu'il se charge de pouvoir magique. En plus, il existe dans le rapport malade-médecin en Colombie une dimension culturelle, sociale. Si un médecin, considéré par le malade comme appartenant à une classe sociale élevée, lui prescrit un remède peu coûteux et commun, il estime que le médecin ne prend pas en considération sa personne et qu'il sous-valorise sa maladie. Alors, traitement et soins, perdent beaucoup de leur effet.

Afin de connaître les coutumes alimentaires durant la grossesse, nous avons abordé le problème nutritionnel. Dans l'ensemble, le régime alimentaire de la femme enceinte est le même que celui de la famille. Le père garde sa prééminence, car c'est le seul qui travaille

dans la famille et donc rapporte ; il doit être servi le premier. Dans Bogota, à midi, près des chantiers, on voit les femmes qui apportent le déjeuner à leur mari : bien souvent, elles le regardent manger et finissent seulement les restes. Le pourcentage de familles consommant des protéines (viande, oeufs, fromage, lait) est faible : la viande est chère pour eux ; d'autre part, il n'est pas dans les traditions de manger de la viande tous les jours. D'ailleurs, cette viande est mise à bouillir dans une quantité importante d'eau et durant de nombreuses heures. La valeur nutritive, après un tel traitement, ne doit pas être extraordinaire. Dans le centre n° 20, qui est un centre rural, dont les familles possèdent des poules, des oeufs, le pourcentage de consommation de viande quotidienne est de 49,0 % seulement. Souvent, on voit vendre les oeufs et la volaille et acheter des hydrates de carbone comme de la Yuca, moins riche sur le plan nutritif, mais qui donne une sensation de plénitude. Plusieurs problèmes interfèrent : coutumes, habitudes, raisons économiques. On se nourrit surtout de racines, de pommes de terre, de maïs, quelques légumes et tout cela est consommé sous forme de soupe plus ou moins épaisse. Le lait est très cher et bien souvent même les enfants en manquent. Les fruits font partie des aliments que l'on doit consommer à certaines heures et pas à d'autres. Un proverbe dit que le matin, ils sont d'or, à midi, d'argent et le soir ils tuent. Cela doit faire partie des mêmes croyances que celles qui classifient les aliments et les boissons en chauds et froids. Il est regrettable que

des cultures aient été abandonnées comme celles de la quinoa. Dans un tableau, nous exposons la valeur nutritive de différents produits alimentaires : la quinoa, céréale sud-américaine de l'Altiplano, le maïs jaune, le maïs blanc et la yuca (manioc).

	Quinoa	Maïs J.	Maïs B.	Yuca
Protéines	16,4 g %	7,5 g %	7,6 g %	0,8 g %
Sels minéraux	3,0 g %	1,4 g %	1,3 g %	0,8 g %
Graisses	7,4 g %	4,1 g %	3,8 g %	0,1 g %
Glucides (H. de C.)	62,3 g %	69,6 g %	71,2 g %	35,5 g %
Ca	54,5mg %	6 mg %	7 mg %	27 mg %
P	354 mg %	295 mg %	310 mg %	35 mg %
Fer	8,4mg %	2,7mg %	2,1mg %	0,4mg %
Vit. A. U.I	7,4	60	0	10
Thiamine	0,65mg %	0,31 mg%	0,32 mg%	0,04 mg%
Riboflavine	0,24mg %	0,10 mg%	0,09 mg%	0,03 mg%

A l'heure actuelle, l'Institut National de Nutrition de BOGOTA essait de mettre au point, en relation avec le ministère de l'agriculture, un maïs plus nutritif, que l'on pourrait utiliser en particulier pour les enfants malnutris.

Le problème de l'alcoolisme est très important en Colombie. Voici quelle est la quantité de bière et alcool consommée dans le pays par rapport à celle du lait durant le même temps (1966). Nous ne parlons pas de vin car on ne cultive pas la vigne.

Bière 135 832 912
Alcool 6 278 127

142 111 039 litres

Lait 150 923 633 litres

Nous avions posé les mêmes questions sur le régime alimentaire après la grossesse. Nous ne rapportons pas ici les résultats car ils ne varient guère. Seules quelques mères après l'accouchement, alors qu'elles restent alitées (certaines jusqu'à 40, 50 jours) ne prennent que du bouillon de poulet et parfois sa chair. D'autres, à jeun, le matin, prennent du vin (importé), de la bière ou du Brandy afin d'avoir assez de lait pour allaiter leur enfant. Quelques unes croient énormément aux graines de sésame.

En nutrition, comme en médecine préventive, toutes les sociétés humaines du monde ont des croyances, elles sont différentes mais il en existe partout et toujours. Il existe cette fameuse médecine préventive du peuple. Il va falloir éduquer, mais aussi rééduquer, remplacer les vieilles traditions, croyances inutiles ou nocives par des nouvelles. Si la population voit un résultat positif, concret et immédiat, nous n'aurons pas trop de difficulté. Mais si on ne peut le voir, le "toucher" alors là vont commencer les difficultés. D'autre part, les habitudes de vie sont difficiles à changer car ,en relation avec d'autres problèmes et il faudrait tout bouleverser. Nous avons trouvé en Amérique Latine au cours

de notre travail, une acceptation relativement bonne de la médecine curative mais une difficile compréhension de notre médecine préventive. D'abord c'est une science relativement nouvelle mais surtout elle va à contre courant de l'attitude fataliste du peuple, de sa croyance dans le destin, dans le sort, dans le surnaturel.

6 - LOGEMENT

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Propriétaire	4	12	7	18	37	16	71	23, 5
Locataire	92	81	81	78	35	65	13	63, 6
Autre	3	7	12	4	26	12	16	11, 4
Nombre de pièces								
1	67	93	63	58	61	58	68	67, 3
2	20	5	25	22	22	28	21	20, 4
3 et +	11	2	7	15	16	12	10	10, 5
Nombre de lits								
1	43	81	42	29	29	37	21	40. 3
2	26	16	18	53	43	32	58	35, 3
3 et +	23	7	35	15	26	25	18	21, 5
Berceau	24	0	16	24	4	28	8	15, 0
Eau								
dedans	89	100	91	93	47	81	0	71, 7
dehors	10	0	7	4	47	14	97	25, 6
Sanitaire	13	100	91	84	16	81	0	55, 0
Latrines	93	51	12	4	45	9	42	38, 1
Ordures ménagères								
Ramassées	83	81	98	75	2	69	2	58, 5
Incinérées	4	0	0	9	40	8	39	14, 4
Jetées	13	7	0	13	58	21	53	23, 6
Autres	0	7	0	0	0	2	5	2
Electricité	93	100	95	95	29	86	31	75, 7
Téléphone	24	21	16	0	0	32	5	14, 1
Radio	70	60	74	71	59	84	39	65, 3
Télévision	6	7	7	4	2	0	0	3, 6
Habitants								
Enfants	74	68	72	87	92	74	89	79, 6
Famille	22	21	25	20	8	32	13	20, 2
Grands-parents	4	12	23	22	16	14	10	14, 5
Autres	6	18	0	0	4	2	5	5

Nombre								
- 3	13	28	25	7	4	9	5	13,0
3 à 6	76	51	49	51	59	79	45	58,5
7 à 10	4	16	16	29	24	12	45	20,9
11 à 15	6	0	5	11	10	0	5	3,2
15 et +	0	0	7	0	0	0	0	0,9

Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

67,3 % des familles enquêtées vivent dans une seule pièce qui sert de chambre, de cuisine. Dans le quartier n° 6, nous atteignons le chiffre de 93 %

Nombre de pièces	Nombre d'habitants				
	1-2	3-6	7-10	11-14	15 et +
1	76,9 %	67,6 %	61,5 %	50,0 %	0
2	7,7 %	14,4 %	25,0 %	0	0
3 et +	15,4 %	15,4 %	13,5 %	50,4 %	0
Total des familles enquêtées centres 15-20-31-34	13	93	52	8	

Les pourcentages les plus forts, quant au nombre d'habitants se rencontrent dans les familles n'ayant qu'une pièce. Plus le nombre de pièces augmente, plus le nombre d'habitants baisse.

Nous pouvons imaginer la promiscuité qui peut exister dans ces pièces où sont entassés parents, enfants

et grands parents. Le problème est accru par le fait qu'à Bogota, il ne fait pas chaud, que les pluies sont fréquentes et que par conséquent on vit beaucoup à l'intérieur.

Le nombre de lits est aussi très insuffisant, ce qui ne fait qu'augmenter la promiscuité.

Quant à l'alimentation des maisons en eau, dans les centres 20 et 34, les pourcentages sont respectivement de 47 % et 0. Lorsque l'eau est à l'extérieur de la maison, elle est souvent à un poste très éloigné et bas situé, parfois à 2 ou 3 kms.

Latrines et sanitaires sont souvent communs à 10 ou 12 familles. Aussi, les pourcentages que nous donnons ne sont-ils pas très proches de la réalité.

Dans les quartiers où les ordures ménagères ne sont pas ou peu ramassées, où le tout-à-l'égout n'existe pas, comme dans les centres 20 et 34, l'odeur et la saleté sont difficiles à décrire. Comment les enfants pourraient-ils être propres ?

Les quelques familles où le téléphone est mentionné sont celles de restaurateurs ou de responsables de cabine publique.

7 - HYGIENE DE LA MERE

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Bain								
Quotidien	24	11	7	2	12	25	0	11, 5
Tous les 3 jours	52	72	63	60	14	58	23	48, 9
4 à 8 jours	20	11	21	29	41	10	39	24, 3
8 jours et +	4	8	9	4	35	6	36	14, 7
Produits								
Savon	89	91	100	98	90	88	87	91, 8
Herbes	4	2	2	0	10	12	3	4, 8
Autres	4	7	0	4	4	21	5	6, 5
Lavage/Dents								
Quotidien	48	23	32	49	69	28	65	45
Biquotidien	35	51	49	31	22	63	29	39, 9
Triquotidien	11	18	12	20	2	7	3	10, 4
Se deshabille la nuit	80	93	93	91	69	79	71	82, 4
Boisson préférée								
Eau de vie	11	0	12	2	4	9	5	6, 2
Bière	22	0	9	11	22	14	10	14, 1
Boissons G.	56	74	74	69	69	65	71	68, 5
Cigarette-Pipe	24	21	9	13	4	21	5	13, 9
Participation C. de S.								
Depuis								
- 1 an	48	77	46	60	29	42	18	45, 7
1 à 3 ans	28	16	25	22	18	30	21	23, 1
4 et +	22	5	21	13	29	25	10	17, 9
Quand								
Rendez-vous	81	95	81	89	67	88	26	75, 5
Nécessité	30	5	9	64	18	37	24	26, 8
Refuse C. de S.	9	0	5	0	22	7	10	7, 6
Pourquoi								
Bien	2	0	58	64	16	63	8	30, 2
Economique	0	0	28	42	33	32	18	21, 9
Mauvais accueil	4	0	2	0	18	5	3	4, 6
Autre	9	0	7	0	6	2	3	3, 8

Consultation Prénuptiale	6	14	5	24	8	14	8	11,3
Consultation Prénatale	76	91	79	69	53	86	34	69,6

Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

Il est difficile de demander à ces femmes colombiennes de se baigner tous les jours, lorsque l'on voit combien le poste d'eau est éloigné et l'installation rudimentaire. Quelques unes vont aux bains publics ; les autres se lavent dans leur unique pièce, mais l'on ne peut pas parler de bain, car, dans l'ensemble, aucune n'a de récipient permettant de telles ablutions.

Un effort considérable a été entrepris depuis plusieurs années sur le plan de l'hygiène dentaire par tous les moyens : multiplication des sièges de dentistes dans les centres de santé, programme à la radio, à la télévision, etc.. La carie dentaire attaque environ 4,23 dents chez chaque enfant de 8 ans, 7,67 à 10 ans, 9,33 à 12 ans et 14,8 à 14 ans. A Bogota, comme dans toute la Colombie, l'état dentaire de la population est un des premiers problèmes du programme de santé publique. Tous les organismes officiels et semi-officiels ont adopté une politique commune et ensemble essaient de résoudre cette question, estimant que la carie attaque directement ou indirectement la santé physique, mentale et sociale du peuple.

Trois moyens ont été choisis pour lutter contre ce fléau :

- soins dentaires
- éducation
- addition de fluorure de sodium dans certains aqueducs desservant des villes comme Bogota ou Manizalés.

- Les soins dentaires

Il y a, en Colombie, 895 municipalités dont 499 sont sans service de stomatologie, mais un effort réel est en cours. D'autre part, grâce à l'éducation des jeunes enfants des écoles, on voit les enfants de 6-7 ans venir au dispensaire tout seuls se faire soigner et cela sans appréhension.

- Education

Dans de nombreuses écoles primaires (3 à 4 par secteurs), on apprend aux enfants, par des méthodes actives, l'hygiène dentaire, pourquoi, quand et après quels aliments il faut se laver les dents. On leur apprend l'anatomie et la physiologie de la dent, cela au moins une matinée par semaine. Chaque élève a sa brosse à dent. Dans notre enquête s'adressant à des adultes, nous voyons combien cette hygiène a été bien comprise.

- Addition de fluor dans l'eau de certains aqueducs de Bogota

Cette expérience a commencé en Juin 1962. On a employé du silicofluorure de sodium. La concentration de

fluor, pour une eau à température entre 17,7° et 21,4° oscille entre 0,7 et 0,9, ce qui fait 1,2 mg d'ion fluor par litre, soit 2,2 mg de fluorure de sodium. Il est certain qu'ingénieurs et médecins se sont heurtés à de nombreuses difficultés dans cette opération. La responsabilité devait être assumée à la fois par les autorités s'occupant de l'approvisionnement en eau de Bogota et par la Santé Publique.

A cela, se mêlaient des facteurs d'ordre économique et administratif. Pourtant cette entreprise d'addition de fluor revient à un peso par personne en moyenne chaque année alors qu'une extraction dentaire revient à 5 pesos lorsqu'elle est effectuée par un dentiste stagiaire. Il est vrai qu'au début, le personnel technique ne croyait pas en l'efficacité de l'ion fluor dans la prévention de la carie dentaire.L'importation du fluor de Tchécoslovaquie ou du Japon était aussi difficile. D'autre part, son dosage demande une équipe entraînée et l'on a eu peur d'un surdosage. Pour finir d'entraver ce travail, les tuyaux d'adduction d'eau ont été obstrués par des dépôts qui furent immédiatement attribués au fluor. Heureusement, une enquête a démontré que ces précipités étaient formés de calcium. Durant 7 ans, trois aqueducs furent approvisionnés sans interruption en fluor. Une enquête fut lancée auprès de 16 000 enfants de 7 à 14 ans appartenant à des familles de situation économique précaire, en mauvaises conditions hygiéniques. Les résultats sont les suivants :

Age	1962 BOGOTA sans F	1968 BOGOTA avec F	Différence entre les 2	% de réduction
7	2,45	0,73	1,72	70,20
8	3,25	1,86	1,39	42,77
9	4,55	2,81	1,74	38,10
10	5,24	2,70	2,54	48,24
11	6,59	3,88	2,71	41,80
12	7,99	3,10	4,89	61,16
13	8,76	4,30	4,46	50,80
14	8,66	7,75	0,91	10,44

Les chiffres des deux premières colonnes correspondent aux nombres de dents ou de fraction de dents obturées avant et après addition de fluor.

Le pourcentage d'immunité va en augmentant chez les enfants jeunes : celui qui avait 7 ans en 1968 avait vécu toute son enfance en contact avec ce fluor.

Quelques dentistes emploient aussi la technique qui consiste à déposer du fluor directement sur la dent.

8 - ACTIVITES DE LA MERE DE FAMILLE

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
A du temps libre	76	67	70	73	55	74	68	69, 2
Son emploi								
Apprendre couture	54	23	23	40	26	44	31	34, 9
Apprendre activités ménagères	9	9	21	15	18	16	18	13, 3
Dormir	11	23	28	9	6	16	3	13, 6
Travailler	2	2	7	33	8	30	18	14, 5
Etudier	4	9	18	7	2	18	8	11, 0
Se détendre	11	0	0	2	2	5	0	2, 8
Autre	2	2	4	0	0	7	3	2, 6
Voit-elle des amies								
Quotidiennement	9	28	18	11	2	7	8	11, 9
Jamais	46	28	51	2	55	65	42	40, 9
Quelquefois	46	25	23	24	33	23	39	30, 7
Quand ?								
Matin	9	12	14	9	8	7	16	10, 5
Après-midi	24	16	7	29	10	9	21	16, 6
Où ?								
Foyer	37	32	2	22	24	21	26	23, 6
Rue	6	5	23	15	2	9	13	10, 7
Autre	2	0	5	11	8	9	13	7, 0
Activités/Dimanche								
Messe	9	56	56	38	69	51	39	43, 9
Reste au foyer	54	63	9	60	61	58	81	55, 3
Cinéma	15	18	18	15	6	16	5	13, 6
Promenade	11	23	16	31	10	23	3	17, 0
Visite	6	9	16	0	8	18	8	9, 5
Autre	17	2	28	18	10	23	10	15, 6

Tous ces chiffres sont exprimés en pourcentage

En moyenne, 69,2 % des femmes avouent avoir du temps libre et ont le désir d'apprendre quelque chose : coudre, tricoter, arranger des vêtements, apprendre à lire etc... Ne pourrait-on pas profiter de ce désir pour créer dans les centres de santé des ateliers ? Le matin, quand la mère vient à la consultation, bien souvent, elle arrive vers 7 H ou 7 H 30 et attend jusqu'à 10 H ou même midi ; ne pourrait-on pas utiliser ce temps ? Il est surprenant de voir combien dans un même quartier, les mères se connaissent peu entre elles, n'ont pas le désir de se rencontrer, sont méfiantes les unes par rapport aux autres. Bien sûr, certains maris ne favorisent pas les échanges entre mères de famille puisqu'ils interdisent à leur femme parfois de voir les voisines, d'aller au centre de santé ; ils ont peur de voir leur femme évoluer, s'émanciper.

Nous leur avons posé la question concernant leurs amies éventuelles et leurs activités du dimanche afin de voir les moments les plus propices à des réunions permettant d'apporter une éducation. Est-ce à la sortie de la messe et à ce moment là pourrait-on utiliser des locaux situés dans cette zone ? ou est-ce l'après-midi et à ce moment-là pourrait-on aussi toucher les maris ? car il est bien certain que l'on n'avancera que très lentement si l'on n'associe pas les maris à cet effort éducatif.

En marge de notre enquête, nous avons réalisé un autre travail afin de connaître les activités éducatives des différents centres et d'observer le parcours suivi par une mère de famille venant au Centre, en restant avec elle durant toute la matinée. Cela nous a permis d'entendre le vocabulaire employé, les échanges existants entre la consultante et le personnel médical et paramédical. Le questionnaire de base qui nous a aidée à réaliser ce travail est en annexe. Nous avons participé à différentes activités et suivi des mères venant en consultation parce qu'elles étaient enceintes ou que leur enfant avait un rendez-vous.

- Les activités : . une démonstration, afin d'apprendre aux mères à faire une salade
. des cours sur l'alimentation durant la grossesse, la planification, l'enfant malade, les symptômes de la grossesse.

Il est très difficile de faire ces cours, car ceux-ci demandent une grande préparation afin d'employer des moyens visuels : ces mères de famille ne peuvent soutenir leur attention suffisamment longtemps pour suivre un cours même de 20 minutes. Ils demandent aussi un vocabulaire très simple, accessible. Ainsi les femmes pourraient participer, poser des questions. Cela demande aussi de connaître le niveau de son auditoire, ce qu'il sait et ce qu'il désire apprendre.

Tout serait simplifié si peu à peu se créaient des équipes d'amitié, si des relations humaines s'instauraient. Il faudrait arriver à former des leaders qui, à leur tour, formeraient les mères de famille. Rien ne remplacera les gens issus du même milieu pour apporter une formation aux autres dans la mesure où ils auront bien compris leur rôle et leurs responsabilités. Les centres doivent devenir l'affaire des mères de famille : que peu à peu chacune y ait une responsabilité, qu'ensemble elles bâtissent les programmes de cours, de démonstrations, qu'elles ne soient pas simplement consommatrices, que les cours aient lieu à jour fixe et que le sujet soit connu de toutes quelques jours avant.

- Les consultations

Là, le problème est le même. Il faut instaurer le dialogue, profiter de ces quelques minutes pour faire passer quelque chose, pour expliquer comment lutter contre telle maladie, ou éviter par l'hygiène ou la vaccination telle autre, mais toujours en employant un vocabulaire accessible à la consultante. Ne pourrait-on pas peu à peu instaurer un système de rendez-vous échelonnés qui éviterait ces heures interminables d'attente ou les utiliser afin d'apporter une formation ?

9 - L'ENFANT DE MOINS D'UN AN

	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34	Moyenne 307 enquêtes
Age								
- 3 mois	53	80	37	20	24	41	17	38, 9
3 à 5 mois	11	10	37	25	24	40	24	24, 4
6 à 8 mois	22	0	5	35	14	13	18	15, 2
9 à 12 mois	14	10	21	20	38	6	39	21, 1
Allaitement maternæl	64	50	73	69	72	74	64	66, 5
Durée								
- 3 mois	40	0	0	11	10	13	6	11, 4
3 à 5 mois	10	0	10	0	0	13	13	6, 8
6 à 8 mois	10	0	5	11	10	35	4	10, 7
9 et +	40	0	10	48	52	39	40	32, 7
Biberon	100	70	79	52	69	74	74	74, 0
Lait Vache	48	30	63	48	66	30	71	50, 8
Poudre	44	50	16	17	10	43	13	28, 4
Hygiène								
Lait bouilli	60	40	58	48	69	30	74	54, 1
Eau bouillie	72	80	16	57	48	56	45	53, 4
Ustensiles bouillis	92	80	68	57	69	65	78	73, 1
Pourquoi								
Coutume	24	0	0	4	0	9	19	8, 0
Désinfecter	60	60	52	44	62	65	65	58, 2
Autre	12	20	26	4	14	9	0	0
Nombre Repas								
- 4	0	0	5	4	14	9	3	7
4 à 6	76	50	20	75	52	70	74	59, 5
7 et +	20	50	75	9	21	13	19	4, 5
sans horaire	4	0	0	11	14	0	3	4, 5
Allaitement au sein								
Tous	16	30	42	45	31	36	27	32, 4
2 à 4	44	20	28	23	41	36	35	32, 4
Allaitement artificiel								
Tous	54	40	48	31	21	27	52	39
2 à 4	44	25	26	22	45	39	22	31, 8

Alimentation								
Bouillon	20	10	5	30	21	22	42	21, 4
Fruits (Jus)	60	10	58	35	24	35	35	36, 7
Soupe	44	20	52	52	41	13	68	41, 4
Viande	16	0	5	9	0	4	6	5, 7
Oeufs	52	10	21	9	7	26	19	20, 5
Farines	0	10	16	13	14	4	19	10, 8
Autres	0	0	10	4	41	13	39	15, 2
Age/ alimentation mixte								
- 3 mois	44	0	10	39	16	52	16	25, 2
3 à 5 mois	24	40	68	35	38	39	39	40, 4
6 à 8 mois	4	60	16	9	40	4	22	22, 1
9 à 12 mois	0	0	5	4	6	4	6	3, 5
Dort								
seul	24	20	50	30	31	35	16	29, 4
avec parents	68	60	40	70	59	56	84	62, 4
frères	32	20	5	0	10	0	0	9, 5
autre	4	20	0	0	0	4	0	4, 0
Première sortie								
- 1 mois	72	10	47	52	27	39	29	39, 4
1 à 2 mois	12	20	33	13	31	30	42	25, 8
3 mois et +	16	70	20	13	27	17	29	27, 4
Pourquoi								
Réchauffe	28	40	5	39	48	17	33	30
Aère	12	0	10	26	0	26	5	10
Donne force	24	0	0	13	0	17	20	10, 5
Ne sait pas	4	0	52	4	17	0	15	13, 1
Coutume	24	30	10	0	14	22	9	15, 5
Autres	6	30	32	4	10	4	18	14, 8
Bain								
Quotidien	20	10	10	13	13	13	14	13, 7
Chaque 3 jours	68	70	78	72	71	60	34	64, 7
4 jours et +	12	20	10	4	16	17	47	18, 7
Lave langes								
Chaque jour	96	90	98	96	93	78	60	87, 2
Maladies								
Grippe-bronchite	64	20	16	65	41	35	48	41, 2
Affections intestinales	0	10	0	39	31	17	26	17, 5

Rougeole	4	10	0	13	17	4	16	9,1
Eruption	8	0	0	13	6	13	0	5,7
Stomatite	0	0	32	13	3	0	0	6,9
Rien	36	0	0	22	3	39	35	19,2
Autres	12	0	0	4	7	0	3	3,7
Vaccins								
DPT	28	10	21	9	28	0	16	16,0
Variole	0	0	21	13	21	0	22	11,0
Polio	0	20	5	17	21	17	6	12,2
BCG	64	50	0	48	35	30	19	35,1
Rougeole	0	0	0	0	7	0	0	1,0

Nous avons voulu aborder le problème de l'alimentation de l'enfant de moins d'un an. Un pourcentage élevé de mères nourrissent leur enfant au sein jusqu'à un âge avancé. Dans notre tableau, nous avons seulement mentionné les enfants d'un an. En fait, nombreuses sont les mères qui donnent encore le sein à des enfants de 18-20 mois. A ce sujet beaucoup de mères nous ont répondu: "tant qu'il y en a". Ceci pour trois raisons : soit par économie, soit par facilité, ou encore par tradition. Autre motif : de nombreuses mères pensent que durant l'allaitement, il n'y aura pas de grossesse. Il aurait été intéressant de faire une étude du lait maternel et de sa composition. Certaines mères nous ont dit qu'elles s'arrêtaient à 3 mois de nourrir leur enfant au sein, car le père interdisait de continuer plus longtemps. Environ 32 % des mères donnent à leur enfant un allaitement mixte. Le lait de vache ou le lait en poudre a sûrement une meilleure valeur nutritive que le lait d'une mère mal nourrie, mais nous devons remarquer la forte mortalité infantile au

moment du sevrage.

Les connaissances de la mère par rapport à l'hygiène du biberon et du lait sont assez étendues : 58 % en moyenne savent qu'il faut faire bouillir car cela désinfecte et tue les microbes.

Il est inquiétant de voir qu'au Centre 20, par exemple, 14 % des enfants ont moins de 4 repas et 14 % n'ont pas d'horaire : on leur donne à manger quand il y a de quoi, ou quand ils pleurent.

Très rapidement, les enfants ont une alimentation composée, à la fois de lait maternel (ou du biberon) et d'aliments faisant partie du repas familial. Lorsque nous parlons de soupe, nous y trouvons des pommes de terre, du maïs, de la yuca (manioc), des légumes et parfois de la viande, le plus souvent bouillie. Nous trouvons jusqu'à 91 % des enfants de moins de 6 mois qui ont une alimentation semblable à celle des parents (le lait coûte très cher pour les Colombiens: 0,45 F environ le litre).

Fréquentation de la consultation et allaitement maternel

Allaitement maternel	Vont à la consultation %	Ne vont pas à la consultation %
1er-2e mois	5,9	8,8
3e-4e-5e mois	2,9	0
6e-7e-8e mois	16,2	5,9
9e-10e-11e mois	28	38,1
Jusqu'à tarissement	27	20,7
Pas d'allaitement maternel	20	26,5
Total des mères ayant répondu (centres 15-20-31-34) (65 n'ont pas répondu)	68	34

Les mères allant au Centre de Santé tiennent à nourrir leur enfant au sein, le plus longtemps possible. La proportion en est meilleure que pour les mères qui ne viennent pas à la consultation.

La forme d'alimentation de l'enfant est très liée au niveau économique familial.

Dans certains Centres de Santé, il existe un étage où l'on peut accueillir 20 enfants dénutris : là,

les enfants passent la journée et sont nourris. Les mères de ces enfants viennent suivre des cours où on leur apprend à nourrir leur enfant, à lutter contre la déshydratation, etc... La malnutrition est certes due, en partie, au manque de moyens économiques, mais bien plus encore aux superstitions, à la mauvaise qualité de l'alimentation, aux manques de connaissances. Le fait que les mères sont surchargées, en mauvaise condition physique et se trouvent dans l'ignorance complète de la bonne répartition d'un budget contribue aussi à la malnutrition. Ainsi, 80 enfants passent dans ce service de nutrition, provenant de 4 groupes de 20 familles, chaque enfant restant 3 mois. Les enfants choisis sont des dénutris du 1er et du 2e degré et dont les parents sont décidés à assister aux séances éducatives. Voici les conseils donnés par l'Institut de Nutrition aux mères de famille :

Alimentation de l'enfant dans sa première année :

1er-2e-3e mois	Jus de fruits
	Eau bouillie
	Lait maternel ou de vache ou en poudre
4e-5e-6e mois	Purée ou soupe de légumes et céréales
	purée de viande, de foie
	oeuf à la coque
	purée de fruits
7e-8e-9e mois	pain-galettes
	purée de lentilles de haricots

A partir du 10e mois — mêmes aliments que les adultes, mais avec préparation simple

Il est regrettable que ne soient pas mentionnés la quantité et le nombre de fois par semaine où chaque aliment doit être consommé.

En outre, 29,4 % des enfants seulement dorment seuls ; les autres dorment avec les parents, les frères ou soeurs ou d'autres membres de la famille.

Influence du nombre de personnes par logement sur les conditions de sommeil de l'enfant (seul ou non) :

	Nombre de personnes par logement				
	1-2	3 à 6	7 à 10	11 à 15	TOTAL
Enfant dort seul		66,7 %	30,0 %	3,3 %	100 %
Enfant dort avec d'autres	1,4 %	60,8 %	33,8 %	4,1 %	100 %
Total : Nombres de familles enquêtées (centres 15-20-31-34)	1	65	34	4	

Nous pouvons remarquer qu'il n'y a pas de relation très nette entre le nombre de personnes par logement et le fait que l'enfant dorme seul ou non. Cette coutume de ne pas laisser l'enfant dormir seul est plus influencée par une absence d'éducation que par le manque de place. Cela est dû aussi au fait que laisser dormir l'enfant avec quelqu'un le protége contre le froid, l'humidité et le danger. Les 29 % des enfants qui dorment seuls, sont surtout dans un berceau. Peut-être, faudrait-il apprendre

aux mères à fabriquer des berceaux, dans des ateliers, chose assez simple.

Il serait aussi utile de leur montrer comment organiser leur logement, afin de ne pas tout laisser traîner sur le sol. Il y a sûrement des recherches à faire dans ce sens : mieux s'adapter, s'organiser afin de vivre en meilleures conditions d'hygiène, moins se fatiguer, mais pourtant utiliser des matériaux simples, rustiques et peu coûteux.

Il est très remarquable de voir combien les responsables colombiens ont la volonté d'éduquer le plus possible et en toute occasion. Ainsi, pour résoudre le problème du logement dans certains quartiers, l'expérience suivante a été tentée sous des formes diverses : des familles peuvent s'inscrire afin d'obtenir une maison ; l'assistance sociale fait une enquête afin de savoir si le père de famille est honnête et travailleur, s'il ne boit pas, etc... Suivant le résultat de l'enquête, la famille est acceptée ou non. Dans l'affirmative, les parents doivent s'engager, durant les 2 ans qui les séparent de l'obtention de leur maison : à suivre cours et démonstrations, à participer durant les week-ends à la construction de leur maison, à vivre unis, à ne pas boire, à avoir un travail suivi. Une fois la maison terminée, on peut s'y installer (la maison est livrée meublée) mais on doit y vivre en famille (sans amis ou parents installés en parasites). Les parents doivent coucher dans une

chambre à part, les enfants dans leurs lits, etc.. Si les clauses ne sont pas respectées, le contrat est rompu et la famille ne peut continuer à habiter ce quartier. Cela peut paraître dur, mais il est certain que les résultats obtenus sont intéressants sur le plan de l'évolution de vie de la famille.

Quant à la première sortie de l'enfant, elle se fait, dans l'ensemble, très tôt. Il est intéressant d'analyser les raisons de cette sortie : le soleil réchauffe l'enfant, lui donne des couleurs, l'aère. Dans le quartier n° 5, 24 % des mères nous ont répondu que cela lui donnait des forces, de la santé à cause du "calcium et de la vitamine C".

L'hygiène de l'enfant est très liée à celle de la mère. 64,7 % d'entre elles baignent leur enfant 1 fois tous les 3 jours, mais nous en avons rencontré 10 % environ qui ne le faisaient que tous les 10 à 20 jours et même quelques unes attendent un mois.

En ce qui concerne la propreté des langes,le chiffre que nous avançons est très loin de la réalité. Dans l'ensemble, les enfants sont enveloppés dans des chiffons que l'on change et fait sécher, mais que l'on ne lave pas à chaque fois, ou alors, le "chaque fois" est une fois par jour.

Parmi les maladies de la première année, nous pouvons remarquer combien les affections broncho-

pulmonaires tiennent de place : en moyenne 41,5 ‰. Les affections intestinales avec diarrhée et déshydratation sont nombreuses : 17,5 % en moyenne.

Il ne faut pas oublier que, pour les enfants âgés de 29 jours à 365 jours, la première cause est le groupe des affections broncho-pulmonaires (39,8 %), la deuxième cause étant le groupe des affections intestinales (25 %) et la troisième, la rougeole (5,7 %).

Les vaccinations ont beaucoup retenu notre attention. Parmi les 39 maladies à déclaration obligatoire, voici les rangs occupés par quelques maladies que l'on pourrait éviter grâce à une vaccination convenable :

	MORBIDITE	MORTALITE
Diphtérie	12e	10e
Poliomyélite	11e	7e
Coqueluche	6e	4e

Pour la diphtérie et le tétanos, la vaccination se fait en deux fois à 4-6 semaines d'intervalle, à partir du 2e mois de l'enfant et avant 6 ans. Il faut prévoir un rappel au bout d'un an après la première vaccination, puis à 5 ans.

Le tétanos se rencontre beaucoup à la campagne et il est très fréquent chez le nouveau-né ou lors des avortements.

La coqueluche est très meurtrière, surtout chez le jeune enfant.

La vaccination contre la poliomyélite se fait par voie orale avec deux doses à 6 ou 8 semaines d'intervalle.

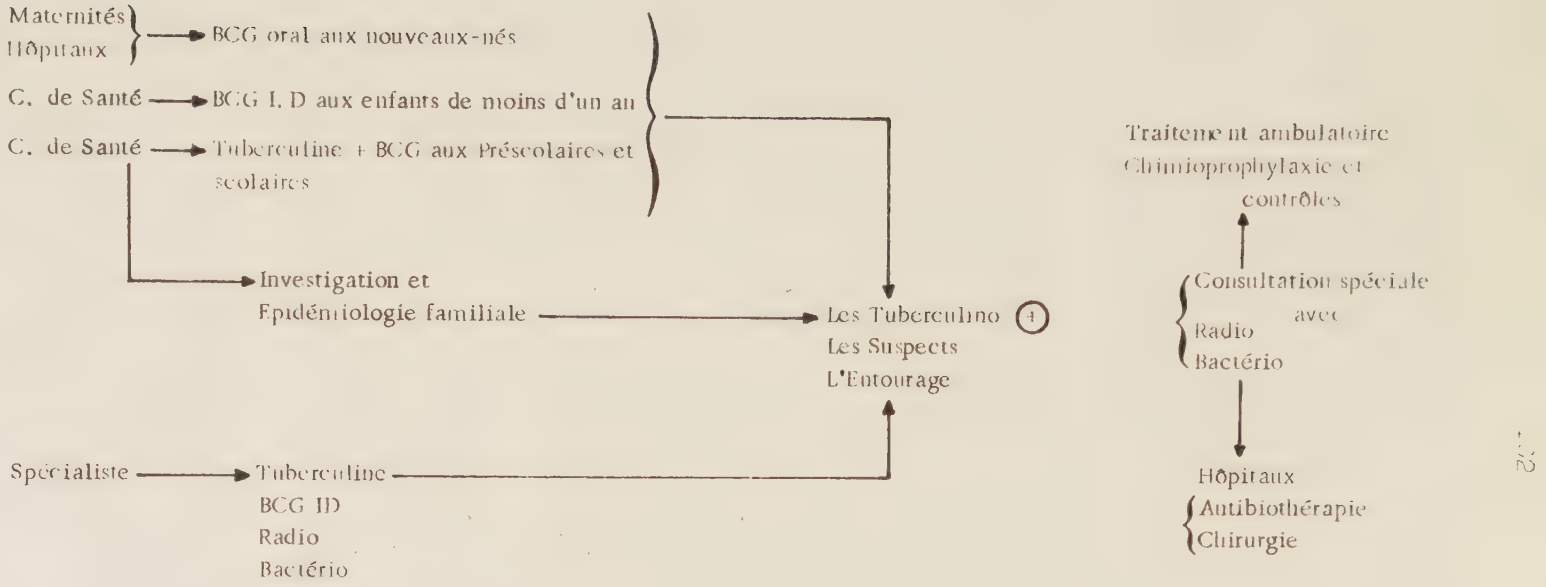
La vaccination contre la variole a été très employée en 1968, au moment du Congrès Eucharistique, grâce à de grandes campagnes de masse.

La vaccination contre la typhoïde se fait grâce à deux doses à un mois d'intervalle, avec un rappel tous les trois ans.

La vaccination contre la rougeole est encore très récente. En août 1969, une campagne de masse a été lancée dans Bogota chez les enfants âgés d'au moins 9 mois.

Le BCG est administré par voie intradermique, mais on ne déconseille pas la voie orale pour le nouveau-né. La lutte anti-tuberculeuse est assez avancée en Colombie. Nous présentons ici le cheminement suivi. Le problème le plus difficile reste celui des traitements de longue durée. (Graphique 6)

Dans notre enquête, le pourcentage d'enfants vaccinés est très bas. Cela vient sans doute du peu d'importance que l'on attribue à la médecine préventive


Maternités
Hôpitaux
BCG oral aux nouveaux-nés
C. de Santé
BCG I. D aux enfants de moins d'un an
C. de Santé
Tuberculine + BCG aux Préscolaires et scolaires
Investigation et
Epidémiologie familiale
Les Tuberculino +
Les Suspects
L'Entourage
Spécialiste
Tuberculine
BCG ID
Radio
Bactério
Traitement ambulatoire
Chimioprophylaxie et
contrôles
Consultation spéciale
avec
Radio
Bactério
Hôpitaux
Antibiothérapie
Chirurgie

Graphique 6

et au peu de valeur que l'on donne à la vaccination comme moyen de protection, d'où l'importance qu'il y a à informer et "motiver" les mères de famille : celles-ci ne savent pas pourquoi l'on vaccine et même si l'on a vacciné ou non leur enfant. Là encore, la fatalité joue un grand rôle ; la mère pense que l'on a toujours eu la rougeole, pourquoi lutter ? Si l'enfant meurt, c'était écrit.

A l'heure actuelle, le Ministère de la Santé pense que la meilleure technique est le quadrillage d'une ville et la vaccination à domicile. Sur le plan de la protection, c'est certes le moyen le plus efficace et le plus rentable, mais alors il ne se fait aucune éducation, il n'y a aucune motivation ni conscientisation de la mère. Cela nous paraît catastrophique : ce ne sont plus les parents qui sont responsables de leur enfant, mais c'est peu à peu l'Etat qui le devient. La mère reste passive, dans une attitude d'attente et non dans une attitude de prise de responsabilité. On ne "la met pas en marche".

Il est frappant de voir combien de doses de vaccins se perdent parce que les mères, ayant fait faire la première vaccination ne reviennent pas ensuite, par manque d'information, pour la deuxième dose ou le rappel.

Les statistiques de Bogota, pour 1968, nous donnent les chiffres suivants pour les vaccinations.

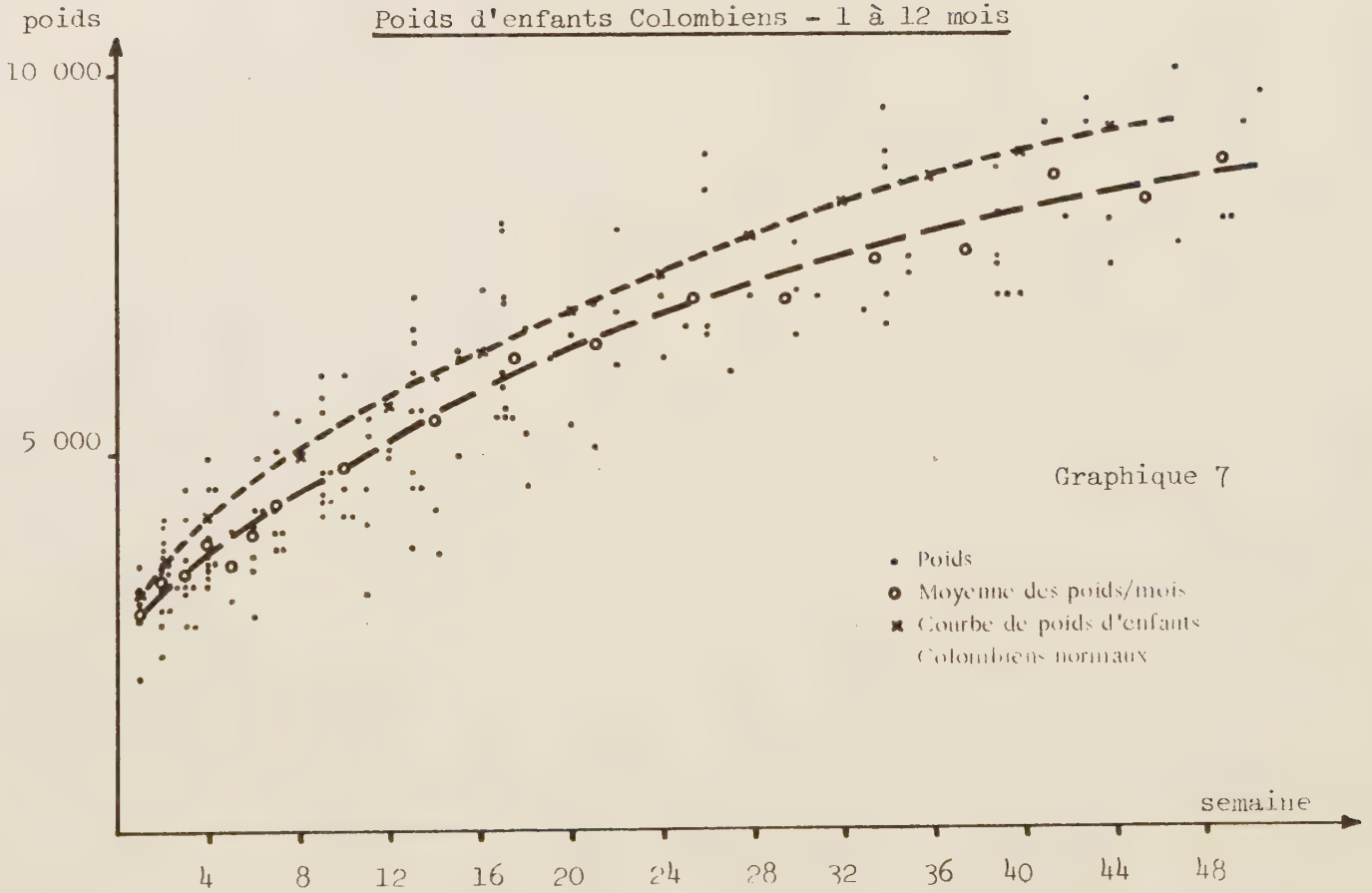
	Centre 5	Centre 6	Centre 10	Centre 15	Centre 20	Centre 31	Centre 34
Nombre d'enfants de moins d'un an	3 888	3 937	1 235	3 270	304	1 777	988
Pourcentage d'enfants vaccinés							
. DPT 1ère dose	8,9	19,6	34,2	27,4	52,3	22,2	5,3
2e dose	7,6	8,1	13,1	8,3	26,6	10,4	1,5
. Variole	13,2	15,5	86,7	12,8	74,3	31,5	4,0
. Polio 1ère dose	4,2	5,7	3,7	8,1	29,6	11,6	0
2ème dose	12,4	4,2	9,7	5	19,7	3,1	0
. BCG	9,3	5,1	1,1	4	11,1	3,5	0,2

Il aurait sans doute été intéressant de faire, dans notre enquête, l'étude suivante : l'influence de la participation au Centre de Santé sur le nombre de vaccinations. Le manque de temps nous en a empêchée.

Nous avons pu réaliser une courbe de poids des enfants de moins d'un an et la comparer à celle faite par l'Institut National de Nutrition, lors d'une enquête auprès de 12 138 enfants de BOGOTA (120).(voir graphique 7)

Au sujet des consultations, au cours des années futures, il nous paraîtrait souhaitable de tendre vers l'idéal suivant :

- au moins 3 consultations à chaque femme enceinte : une au début de la grossesse, une avant l'accouchement et une autre, juste après l'accouchement (plus, entre temps, deux contrôles faits par les infirmières).


Poids d'enfants Colombiens - 1 à 12 mois
poids
10 000
5 000
semaine
4
8
12
16
20
24
28
32
36
40
44
48
Graphique 7
Poids
Moyenne des poids/mois
Courbe de poids d'enfants Colombiens normaux

- pour les enfants

une consultation lorsque l'enfant vient de naître, une consultation au 3e mois quand on doit commencer l'alimentation artificielle, une consultation au 6e mois et enfin une consultation au 12e mois.

La mortalité infantile étant importante à ce moment-là, il semblerait bon d'assurer des consultations à 16, 20 et 24 mois.

Examen médical de la mère

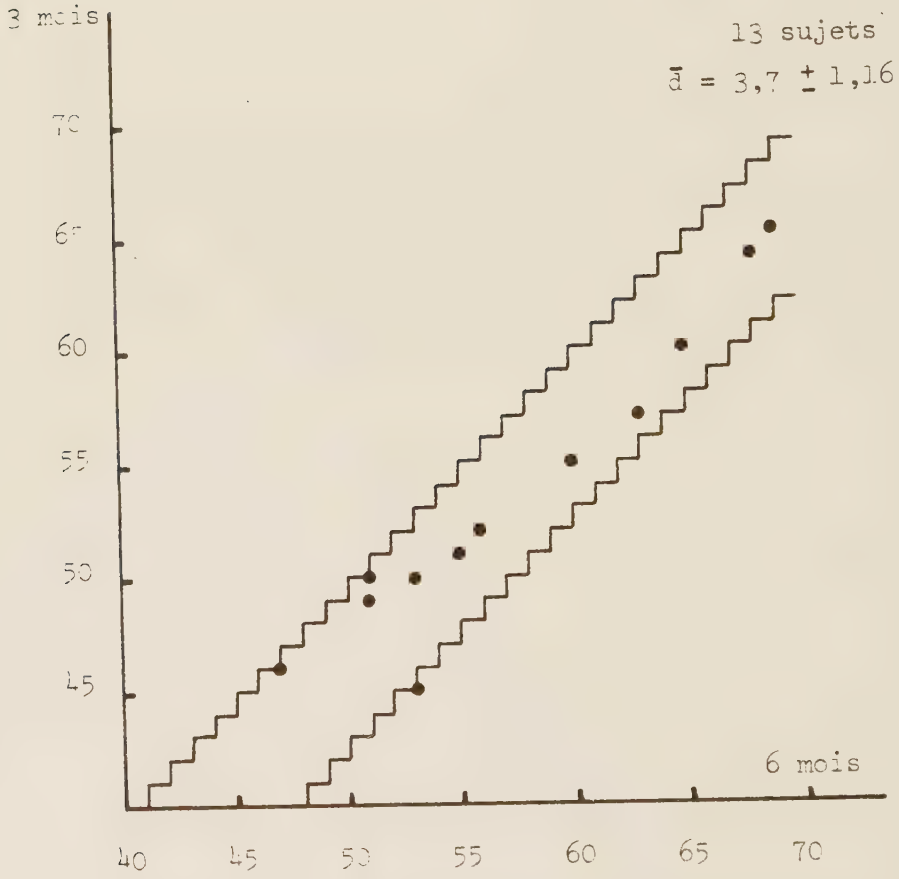
Nous avons pu procéder à quelques examens médicaux de femmes enceintes, portant sur leur état général (poids, tension artérielle, pouls, température, albumine, glucose, hauteur utérine) et sur les différents appareils (respiratoire, cardio-vasculaire, digestif, dentaire, nerveux, génito-urinaire).

Nous donnons ici des courbes d'augmentation de poids au cours de la grossesse, du 3e au 6e mois, du 6e au 9e mois, ou du 3e au 9e mois.(Graphiques 8,9,10)

Un des aspects le plus frappant, lors de ces différents examens, est le mauvais état de la sphère génitale : 85 % des femmes présentent des cervicités, des leucorrhées à trichomonas ou d'autres infections.

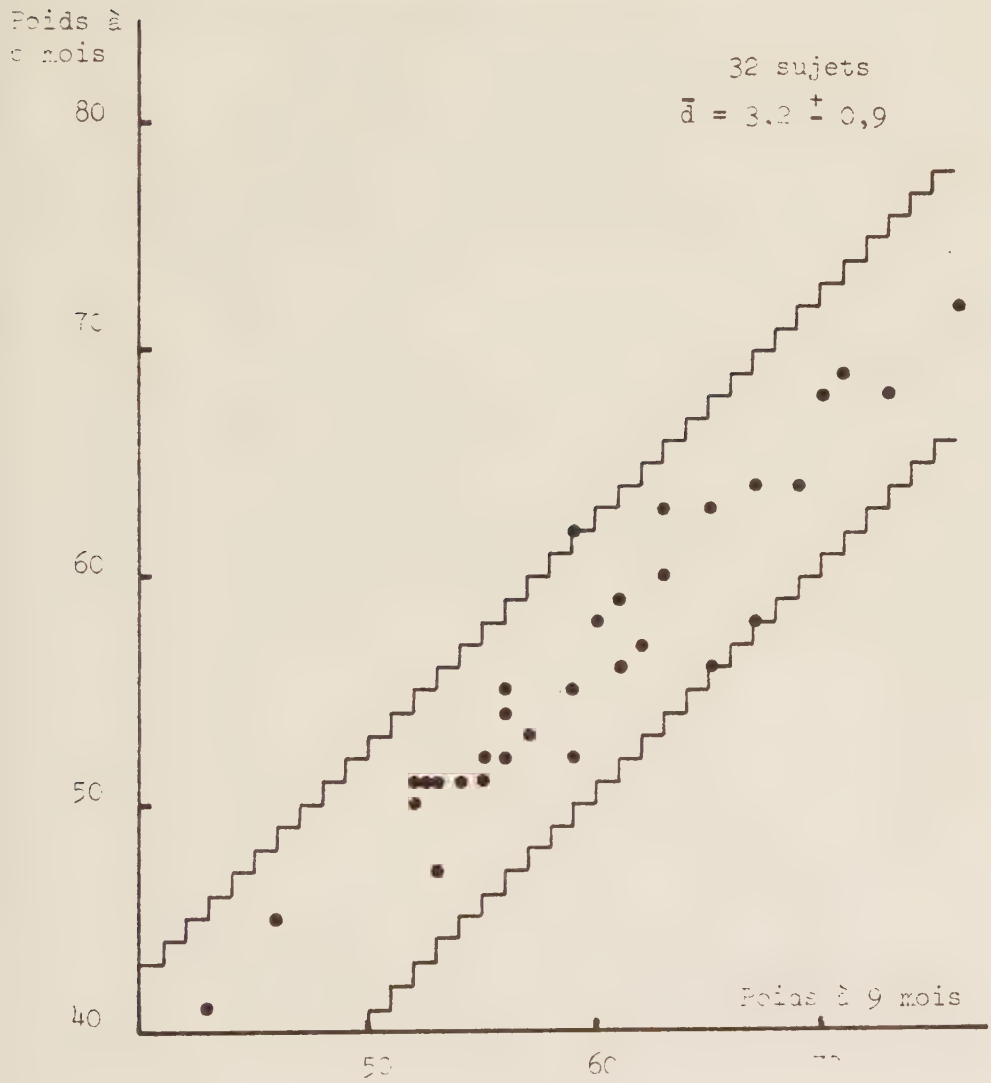
Enfin, 60 % des femmes présentent des varices des membres inférieurs ainsi que des oedèmes.

Augmentation de poids chez des femmes enceintes
entre le 3e et le 6e mois de grossesse



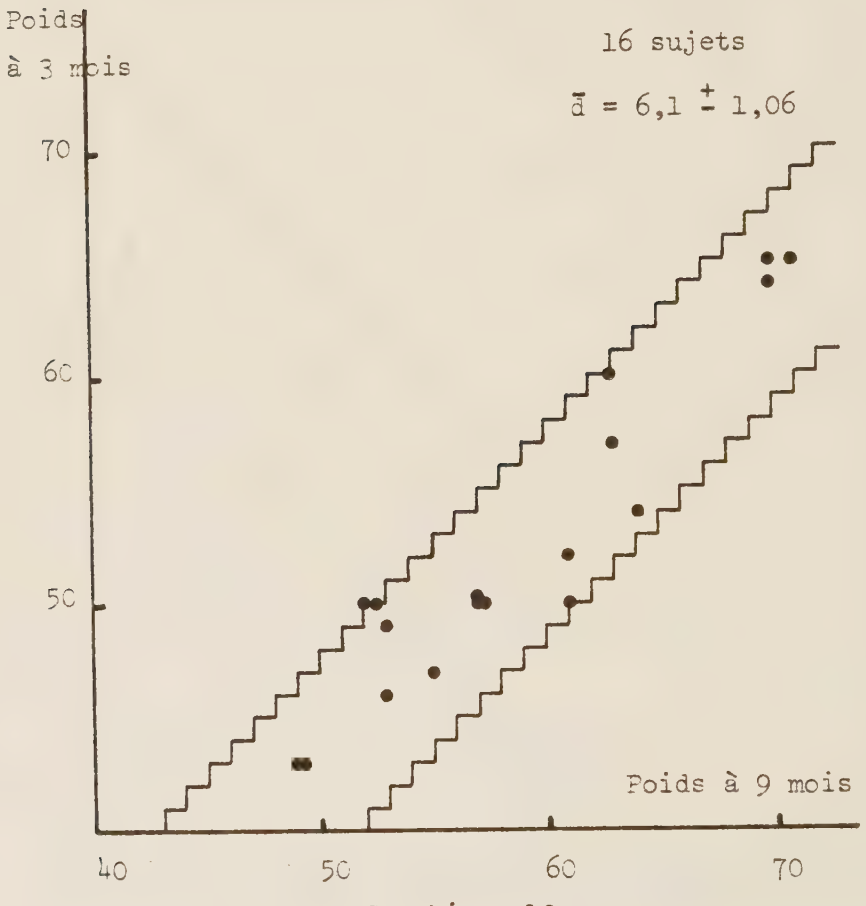
Graphique 8

Augmentation de poids chez des femmes enceintes
entre le 6e et le 9e mois de grossesse



Graphique 9

Augmentation de poids chez des femmes enceintes
entre le 3e et le 9e mois de grossesse



Graphique 10

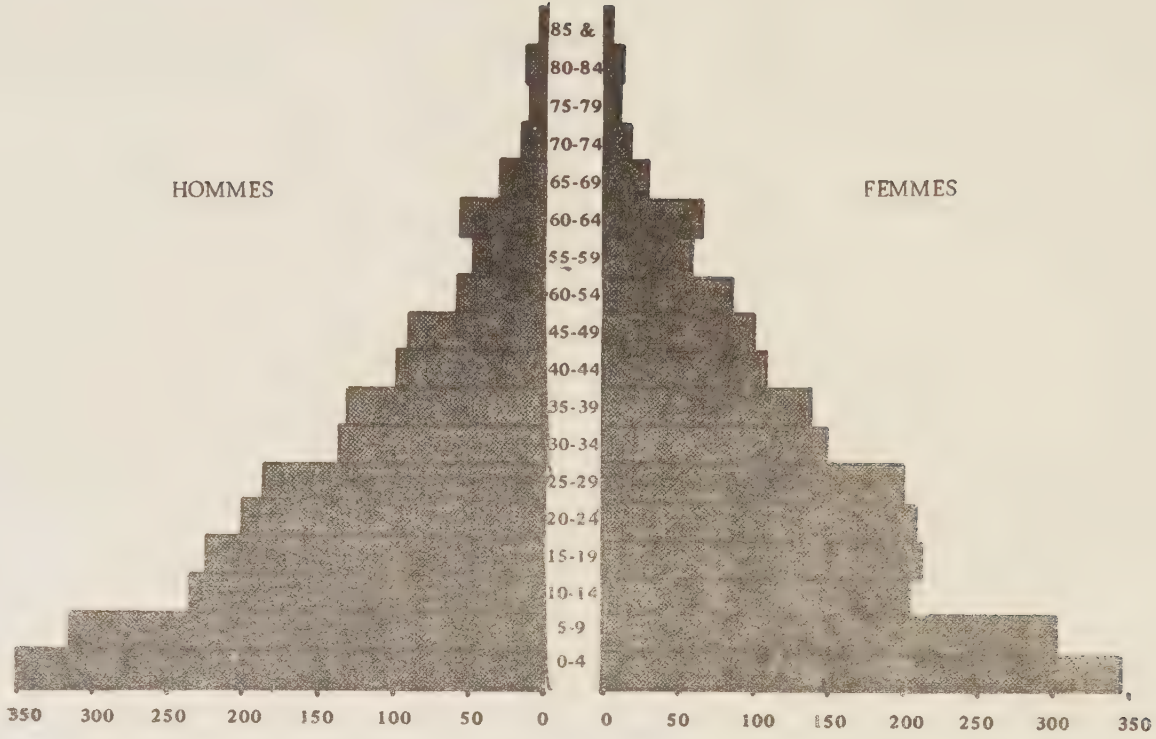
Il est à signaler que, dans l'ensemble, les femmes ont du mal à suivre un rythme régulier de consultations lors de leur grossesse : elles vont au Centre de Santé quand elles ressentent maux d'estomac, douleurs, vomissements, bronchites, etc...

Il serait intéressant que, peu à peu, l'on puisse transformer la mentalité de ces mères de famille et les encourager à consulter régulièrement même (et nous dirions surtout), si tout semble aller bien.

Pour terminer, il faut signaler que, eu égard aux difficultés considérables, les divers responsables sanitaires colombiens ont, d'ores et déjà, accompli un énorme travail qui force l'admiration et constitue le meilleur encouragement pour tout ce qui reste à accomplir.

LA BOLIVIE

CARTE DE BOLIVIE ET DES REGIONS DE PUNO ET DU CHACO



PYRAMIDES DES AGES BOLIVIE 1965

A - DONNEES BIOGEOGRAPHIQUES DE LA BOLIVIE

La Bolivie, 1 098 581 km^2, soit à peu près deux fois la France, vient au 5e rang des pays d'Amérique Latine pour sa superficie. La Bolivie est le seul pays (avec le Paraguay) à n'avoir aucune fenêtre océanique depuis son grand conflit avec le Chili (1789), où fut perdue la région d'Arica sur le Pacifique.

Enfermée entre montagnes (Cordillère à l'ouest) et déserts (tel que le Gran Chaco à l'est), la Bolivie est un pays grandiose et sévère. La moitié occidentale, longue de 1 000 km, large de 2 à 300 km, est l'Altiplano, élevé en moyenne à 4 200 m, et enserré entre deux Cordillères culminant souvent à plus de 6 000 m. On est frappé par l'absence quasi-totale d'arbres, la prédominance d'étendues désolées faites de maigres herbages (la "puna"), de champs de cailloux, de lacs et de glaciers. LA PAZ qui

est le siège du gouvernement (SUCRE étant la capitale légale), s'étage sur plus de 500 m de dénivellation, entre 3 200 et 3 800 m d'altitude, dans une gorge impressionnante un peu au-dessus de la cité s'allongent les pistes du plus haut aéroport du monde, à 4 000 m, au nord. L'immense et profond Lac Titicaca (6 900 km2) se partage entre le Pérou et la Bolivie. Vers l'est, on trouve un paysage de plaines et de rivières, s'étendant vers le Brésil, tropical, et vers le Paraguay, avec le célèbre désert du Gran Chaco.

Les zones climatiques seront donc des plus variées et de façon brutale (voir schéma 1).

La population, chiffrée par l'administration en 1968 à 4 689 437 habitants, comporte une nette majorité d'ethnies andines, pures ou métissées :

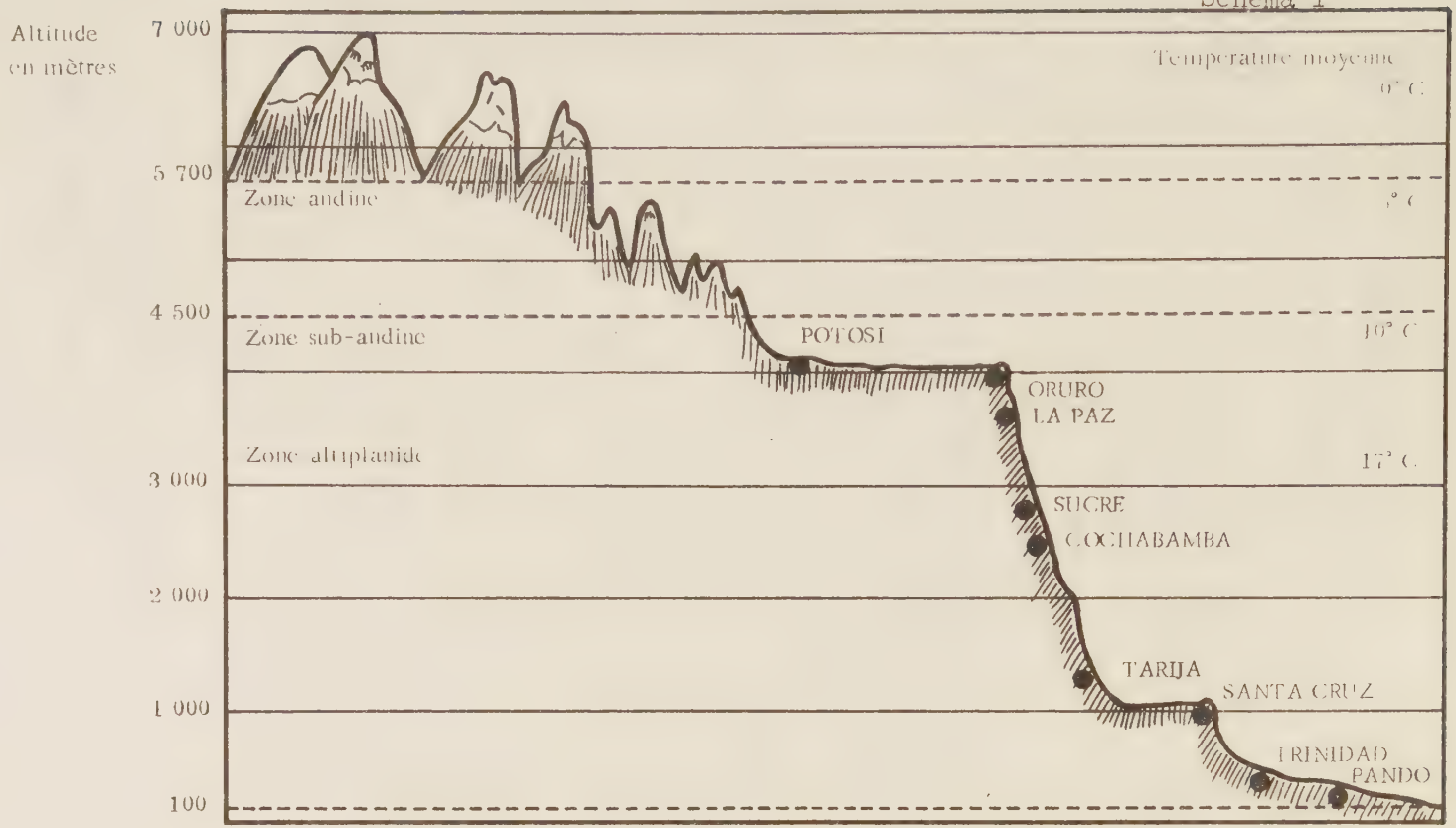
- amérindiens 54 %
- métis 30,9 %
- blancs 14,6 %
- divers 0,5 %

En outre, on note que 69,1 % de la population est rurale. La densité est la plus pauvre d'Amérique Latine : 3,4 à 3,9 habitants au km^2, mais 80 % de la population vit sur l'Altiplano ou dans ses vallées (30 % du territoire) et les 20 % restant se répartissant dans la région des plaines tropicales (70 % du territoire). Ainsi :

ZONES CLIMATIQUES DES DEPARTEMENTS DE BOLIVIE

● CAPITALES

Schéma 1



- département de Cochabamba (altiplano) : densité 12,2
- département de Pando (plaines) : densité 0,46

L'analphabétisme est très élevé : 70 % en 1961, pour la population totale et 84 % pour la partie rurale, d'après la "Secretaria de Planification". La "désertion scolaire" est alarmante : 49 % en zone urbaine, 93 % en zone rurale. En 1960, seulement 7 % des Boliviens possédaient un récepteur de radio ; en 1969, avec les transistors, 40 % des personnes sont touchées, mais le niveau éducatif de la radio est assez bas.

La vie économique bolivienne est dans un état dramatique : "depuis 1953, la Bolivie n'est sauvée d'une asphyxie économique totale que grâce aux prêts américains". Nous avons vu que domine une masse rurale, adonnée à une agriculture très peu avancée. Dans le domaine industriel, la principale richesse de la Bolivie est minière : c'est avant tout l'étain (en 1966, 93 millions de dollars sur un chiffre total d'exportation de 150 millions de dollars). Le marché subit de graves variations, très affecté par la pression de l'étain soviétique, en continuelle augmentation. De très graves conflits opposent sans cesse les quelques 50 000 mineurs et les autorités.

Nous fournissons, comme nous l'avons fait, pour la Bolivie, les données statistiques importantes sur le niveau de vie et le niveau sanitaire dans les deux schémas ci-après.

B - DONNEES STATISTIQUES DE LA BOLIVIE

Les données statistiques relatives aux grands problèmes médico-sociaux proviennent de différentes sources (administrations Boliviennes - USAID - OMS). Nous les avons résumées en deux tableaux comme pour la Colombie. (voir schémas 2 et 3).

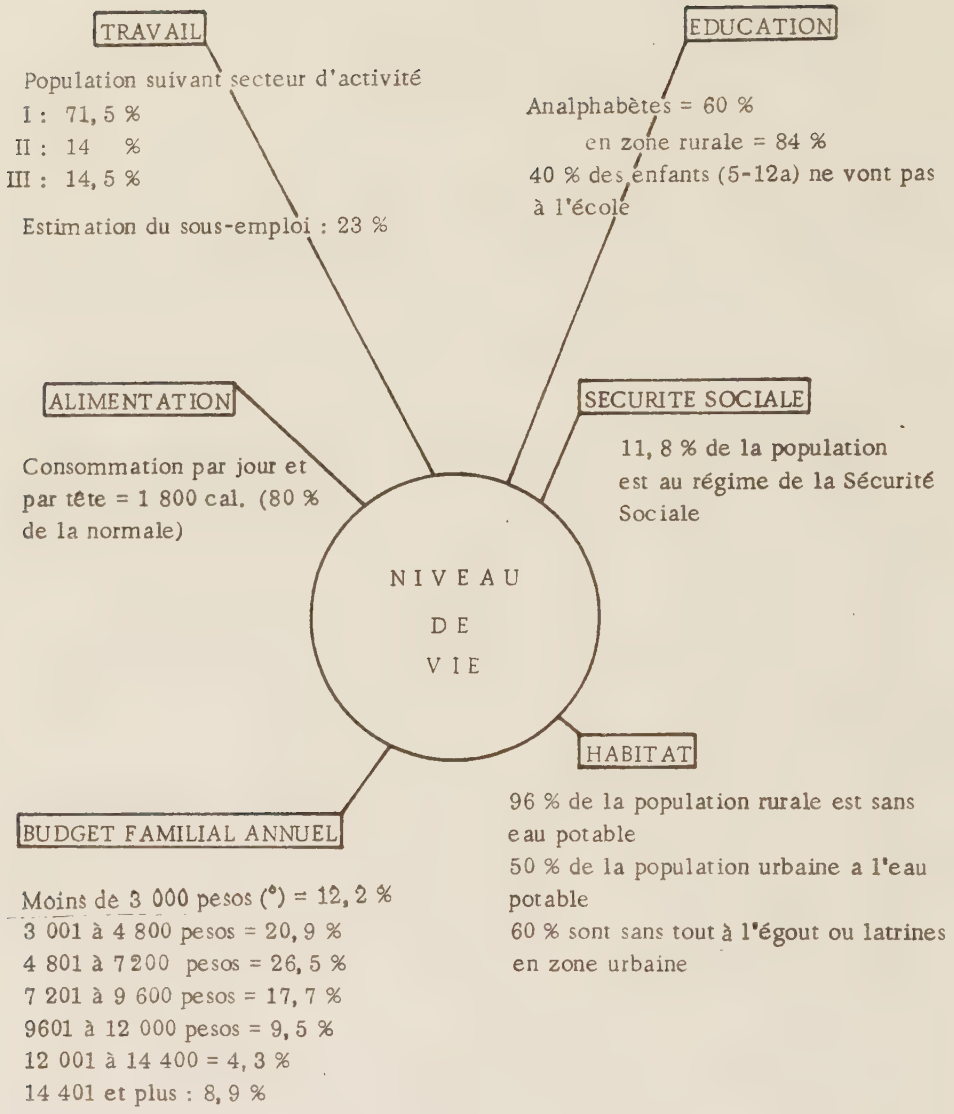
BUDGET DE LA SANTE

En 1964, les dépenses du Gouvernement bolivien pour la santé s'élèvent à 17 900 000 pesos alors que les dépenses globales sont de 871 200 000 pesos. 2,1 % du budget national va à la santé. Cela revient à dire qu'environ 3,4 pesos par habitant sont prévus chaque année (°).

Le budget de la santé se répartit ainsi :

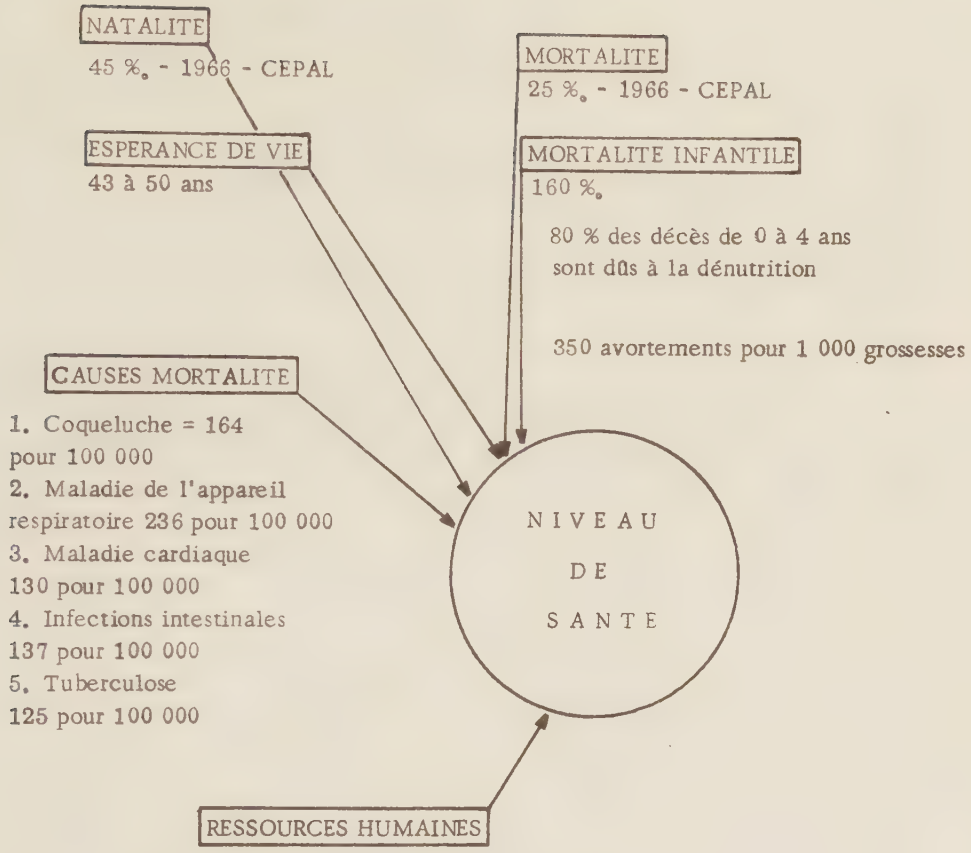
Hospitalisation	8 806 237,39	49,15 %	
Consultation Médicale	5 492 577,67	30,65 %	Médecine curative
Consultation dentaire	211 660,64	1,18 %	
TOTAL	14 510 475,70	80,98 %	

(°) 1 peso = 0,45 F



(°) 1 peso = 0, 47 F - 1969

SCHEMA 2

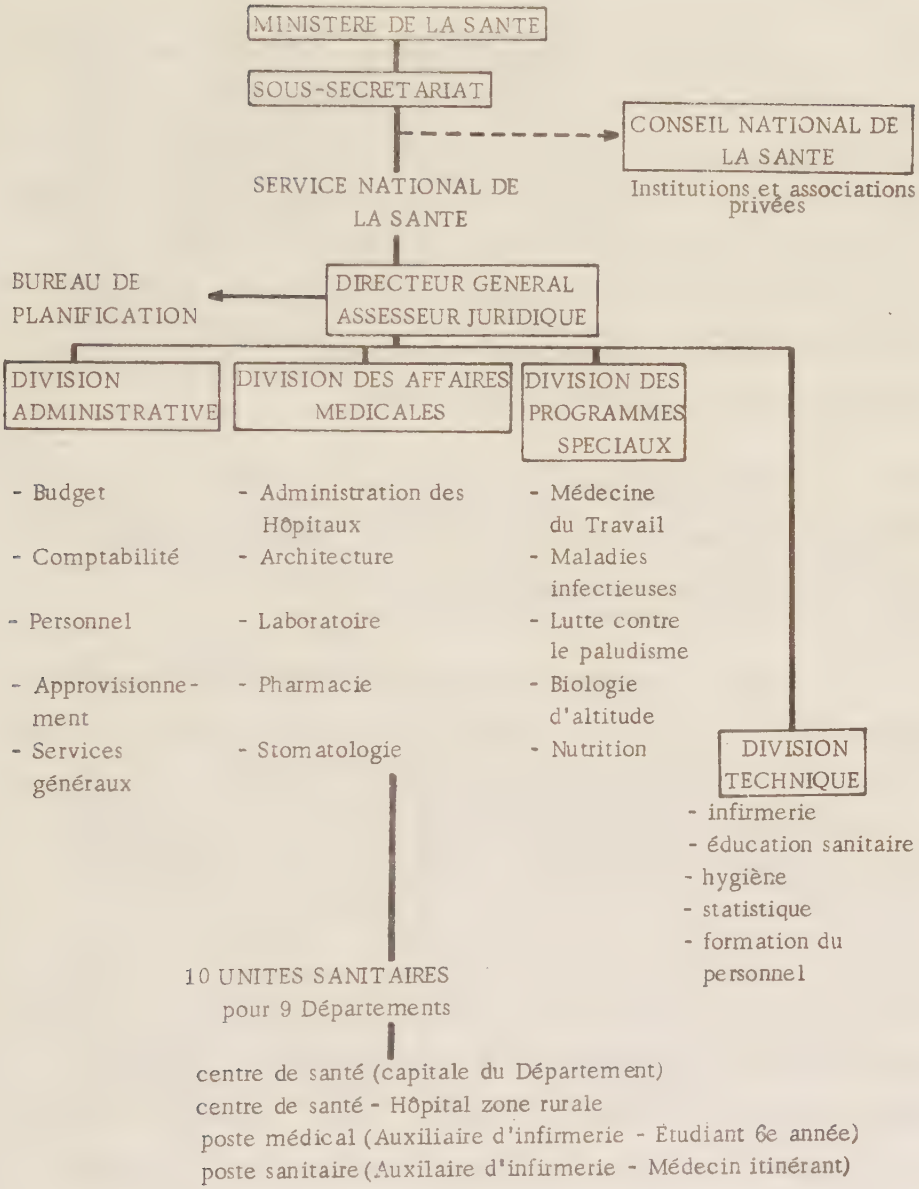

NATALITE
45 %. - 1966 - CEPAL
ESPERANCE DE VIE
43 à 50 ans
MORTALITE
25 %. - 1966 - CEPAL
MORTALITE INFANTILE
160 %.
80 % des décès de 0 à 4 ans sont dûs à la dénutrition
350 avortements pour 1 000 grossesses
CAUSES MORTALITE
1. Coqueluche = 164 pour 100 000
2. Maladie de l'appareil respiratoire 236 pour 100 000
3. Maladie cardiaque 130 pour 100 000
4. Infections intestinales 137 pour 100 000
5. Tuberculose 125 pour 100 000
NIVEAU DE SANTE
RESSOURCES HUMAINES
977 médecins = 2, 37 pour 10 000 habitants
433 infirmières = 1, 05 pour 10 000 habitants
1, 5 lit d'hôpital pour 1 000 habitants

SCHEMA 3

Vaccinations	830 103,32	4,63 %	
Complémentation alimentaire	1 368 208,66	7,63 %	Médecine préventive
Hygiène	800 521,66	4,47 %	
Visites à domicile	409 044,27	2,28 %	
TOTAL	3 407 877,91	19,09 %	

En Bolivie, la somme accordée à la Médecine Préventive est peu importante, quoique supérieure à celle de Colombie. (voir schéma 4)

ORGANIGRAMME DE LA SANTE



SCHEMA 4

C - CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS ETUDIEES

LA PAZ, qui comprend environ 500 000 habitants, est construite entre 3 200 et 3 800 m d'altitude. Les maisons sont accrochées sur les pentes abruptes de cette gorge de 16 kms. Le terrain de grès rouge, érodé par l'action du vent violent et de la pluie est instable : des glissements ont lieu fréquemment. Ces maisons se confondent alors avec le paysage, fait de fantastiques cheminées de fées, de rochers ruiniformes.

A la plus haute altitude de la ville, nous trouvons les masures au toit de tôle ondulée et au fond de la vallée, les quartiers résidentiels.

Notre enquête a été réalisée dans les quartiers surpeuplés entourant le marché ou situés au-dessus, dans la partie la plus élevée de la ville. Cette zone abrite d'innombrables familles indiennes vivant dans la misère, la promiscuité, sans aucune infrastructure sanitaire.

Au sein de ces quartiers, un centre de santé : GARITA DE LIMA, le seul pour tout LA PAZ, a été implanté ; centre très bien organisé où de nombreuses infirmières, auxiliaires, assistantes sociales, sans compter les pédiatres travaillent sans relâche. Malgré cela et l'apport des dispensaires privés, un seul centre pour une ville tant étendue est bien insuffisant.

CHOIX DES POPULATIONS

En Bolivie, comme en Colombie, nous nous sommes heurtée aux mêmes difficultés. Elles furent même plus importantes,car sur elles se greffaient des questions linguistiques : toutes les femmes ne parlent pas l'espagnol, certaines, encore, ne connaissent que l'Aymara. Nous avons fini par tirer au sort les femmes pouvant entrer dans notre enquête et cela à partir du fichier tenu par le Centre de Santé.

Nous avons aussi réalisé une trentaine d'enquêtes dans le quartier d'Achachicala, quartier situé dans les faubourgs de LA PAZ et comprenant environ 8 000 famil les. Nous avons pu regrouper toutes les enquêtes faites à LA PAZ soient 132.

Grâce à l'amabilité du Directeur du Centre de Santé, le Docteur Juan LAMETT MANRIQUE et à celle de l'Infirmière Chef, la Señora GUZMAN, nous avons pu entrer en relation avec les mères de famille et consulter les dossiers médicaux. L'école d'élèves infirmières a vivement contribué à ce travail. Nous n'oublions pas l'aide apportée par le Père Pedro RIVALS, curé d'Achachicala. Nous tenons à les remercier chaleureusement.

Nous allons analyser les éléments essentiels de nos 132 enquêtes en prenant les caractères les uns après les autres. Notre travail étant calqué sur celui réalisé en Colombie, nous nous permettons de passer plus rapidement sur certains points.

Nombre de femmes interrogées	Nombre de femmes enceintes	Nombre de femmes allaitantes	Nombre d'enfants moins d'un an
132	65	73	73

1 - LE NIVEAU EDUCATIF DES PARENTS

	%
Age	
15-19	16
20-24	48
25-29	17
30-34	6
35-39	8
40-44	4
45 et +	1
Niveau éducatif Mère	
Lit	76
Ecrit	76
Primaire	
1° à 3°	67
4° à 5°	42
Secondaire	
1° à 3°	22
4° à 6°	6
Analphabètes	24
Niveau éducatif Père	
Lit	89
Ecrit	89
Primaire	
1° à 3°	79
4° à 5°	60
Secondaire	
1° à 3°	34
4° à 6°	16
Analphabètes	11

Les mères de famille ayant participé à notre enquête sont assez jeunes : 81 % ont moins de 30 ans. Nous avons souvent eu de grandes difficultés à connaître leur âge : elles rapportaient, vaguement, la date de leur naissance à un événement local marquant (incendie - inondation etc...).

Même remarque pour l'âge de leurs enfants.

Les pourcentages de femmes et hommes sachant lire et écrire sont, là-aussi, exagérés. Le pourcentage d'analphabètes en 1950 était alarmant (68 % dont 77 % chez les femmes et 58 % chez les hommes).

Le pourcentage a diminué depuis cette date mais le nombre absolu d'analphabètes s'est accru, à cause de la croissance démographique. Les causes en sont la dispersion géographique, le bas niveau de vie, la diversité des langues parlées (Aymara en altitude - Quechua

en plaine). Aujourd'hui, la raison primordiale est le manque de structures scolaires quant au primaire et d'instituteurs.

La désertion scolaire est impressionnante : sur 1 000 enfants entrant dans le primaire, 210 seulement entrent dans le secondaire, 63 suivent tout le secondaire et 11 entrent en Faculté. Ces chiffres sont encore plus alarmants quand on sait que seulement 60 % des enfants de 5 à 12 ans sont scolarisés.

2 - PROFESSION ET SALAIRE

	%
PROFESSION	
Mère	
au foyer	100
employée maison	7
vendeuse	18
autres	14
Père	
bâtiment	8
manoeuvre et employé	27
mécanicien	6
marchand - ambulant	8
commerçant	12
chauffeur	9
agriculteur	2
autres	28
SALAIRE MENSUEL en pesos	
Mère	
moins de 10	11
101 à 199	7
200 à 299	4
300 et plus	6
Père	
moins de 160	14
161 à 300	30
301 à 500	20
501 à 1 000	8
1 001 à 2500	2
2 501 et plus	0
Ne savent pas	26

Nous pouvons remarquer combien le pourcentage d'hommes ayant un emploi ne demandant pas de qualification est important.

Le salaire moyen d'un ouvrier travaillant dans les mines d'étain à 5 000 m d'altitude est 450 pesos par mois (soit 180 F) d'un ouvrier dans la construction, 406 pesos (soit 162 F), d'un petit commerçant, moins de 400 pesos, d'un employé dans l'armée, 350 pesos.

Dans notre enquête, 64 % de la population a un revenu inférieur à 500 pesos. Les 26 % qui ne connaissent pas leur salaire appartiennent aux plus pauvres et viennent encore grossir notre pourcentage de 64 %.

Voici le temps qu'il faut pour gagner différentes denrées dans plusieurs régions.

	La Paz	Tarija	Argentine	USA
1 kg sucre	43 mn	98 mn	23 mn	6 mn
1 kg riz	29 mn	59 mn	24 mn	10 mn

Une famille de LA PAZ dépense 58,6 % de son budget pour son alimentation, 13,1 % pour son logement et environ 13 % pour son habillement.

En Bolivie, nous rencontrons peu de chômeurs car il y a encore de nombreux agriculteurs. Le pourcentage le plus élevé est dans le département de LA PAZ. Il existe un déséquilibre régional avec un sous emploi dans les régions les plus peuplées (Altiplano) et un manque de bras dans d'autres (Beni-Santa Cruz).

La Bolivie manque de personnel qualifié.

3 - VIE CONJUGALE

	%
Célibataire	4
Mariée	84
Veuve	0
Union libre	11
Vit avec son mari	94
Depuis	
- d'1 an	17
1 à 4 ans	39
5 à 9 ans	21
10 et plus	17
PLANNING	11
Depuis quand	
- d'1 an	2
1 à 2 ans	5
2 ans et plus	3
METHODE	
pilules	1
moyens ancestraux	4
D.I.U.	0
préservatifs masculins	2
Ogino	3
Coït interrompu	0
RECOMMANDE PAR	
Centre Santé	1
Médecin	
personnel	5
Amie	3
Mari	1

D'après notre enquête, le pourcentage de femmes mariées est de 84 %. Nous pensons que ce chiffre est plus élevé que la réalité. Le mariage civil est, en principe, obligatoire mais cette loi est loin d'être appliquée par toute la population. La vie familiale pose à LA PAZ de graves problèmes. 94 % des femmes disent qu'elles vivent avec leur mari : en réalité, nombreux sont ceux qui vont et viennent à travers certaines régions à la recherche de travail. Les femmes, elles, sont souvent maraichères : elles vendent des fruits, des légumes, de la viande ou autres produits (boissons, etc...) sur le trottoir le long des rues. Nombreuses sont les familles qui viennent de la campagne et vivent depuis peu dans ces "barrios" de LA PAZ. En zone rurale, la cellule familiale et la vie communautaire tiennent une grande place. En ville, dimensionsfamiliale et sociale n'existent plus. Le mari n'est pas toujours là, il boit beaucoup, il joue au "macho". L'obsession des parents est de trouver de l'argent

pour vivre ; peu à peu, on rencontre des individus vivant les uns à côté des autres, ne se connaissant pas. Le problème de ces familles arrivant en zone urbaine sans aucune éducation sociale est crucial. Il faudrait, peu à peu, penser à un système d'accueil afin de permettre une intégration plus rapide de ces familles et la création de communautés de quartiers. La mise en application de ce projet permettrait aussi aux habitants de, peu à peu, prendre des responsabilités, des initiatives au lieu de rester impassibles et fatalistes.

Peu de femmes planifient leur famille. Il faut dire que, pour le moment, les Responsables du Gouvernement, n'ont pas accepté officiellement cette politique. On ne trouve pas de centre de planning familial dans les dispensaires. Le taux d'avortement est très élevé, le niveau de vie très bas, la mortalité infantile encore alarmante mais la Bolivie a la plus basse densité humaine d'Amérique Latine : 3,5 habitants au Km2.

D'après le rapport Popescu, 70 % des terres étant cultivables, la Bolivie pourrait faire vivre 50 millions d'habitants. Or, pour atteindre 16 millions il faudrait 50 ans, vu le taux d'accroissement actuel. Ce faible taux n'est pas dû à une natalité déficiente mais à une mortalité très importante. D'autre part, l'émigration est très forte.

4 - ENFANTS

	%
GROSSESSE	
1-2	41
3-6	44
7 à 10	10
11 à 15	4
15 et +	0
ENFANTS VIVANTS	
Nombre	220
Age	
- de 1 an	40
1 à 4 ans	35
5 à 9 ans	15
10 à 14 ans	8
15 et plus	2
ENFANTS MORTS	
Nombre	
1	8
2 à 4	8
4 et plus	4
Age	
- 6 mois	8
6 à 11 mois	10
1 à 4 ans	10
4 ans et +	2
Causes	
diarrhée	6
broncho P.	6
Rougeole-coqueluche	7
Dénutrition	0
Inconnue	5
Autres	6
AVORTEMENTS	
Nombre	
1	8
2 à 4	3
Causes	
Dénutrition	0
Trauma-physique	90

Le pourcentage de femmes ayant eu moins de 3 grossesses est de 41 % et de 3 à 6 grossesses, de 44 %. Ces chiffres peuvent paraître peu élevés mais il ne faut pas oublier que 82 % des mères interrogées avait moins de 29 ans.

Dans une enquête réalisée par l'Unité Sanitaire de la Paz, sur 208 mères de famille dont 64 % avait moins de 29 ans, nous trouvons 27 % des mères qui ont eu 1 ou 2 grossesses et 55 % des mères qui en ont eu de 3 à 6.

Il est certain que le pourcentage d'avortements annoncé par notre enquête est très inférieur au chiffre réel ; tout au long de notre travail, nous avons ressenti une grande réticence des mères devant cette question. Dans l'enquête de La Paz, 31 % des femmes avouent avoir eu un avortement. 35 % des grossesses se terminerait par un avortement.

Dans une enquête faite par le Ministère de la Santé, dans La Paz, afin de réaliser un travail sur la mortalité infantile,

trauma-psychologique	9
provoqué	0
voyages	0
autres	0
inconnue	1

MORTS NES	
1	3
2 à 4	1

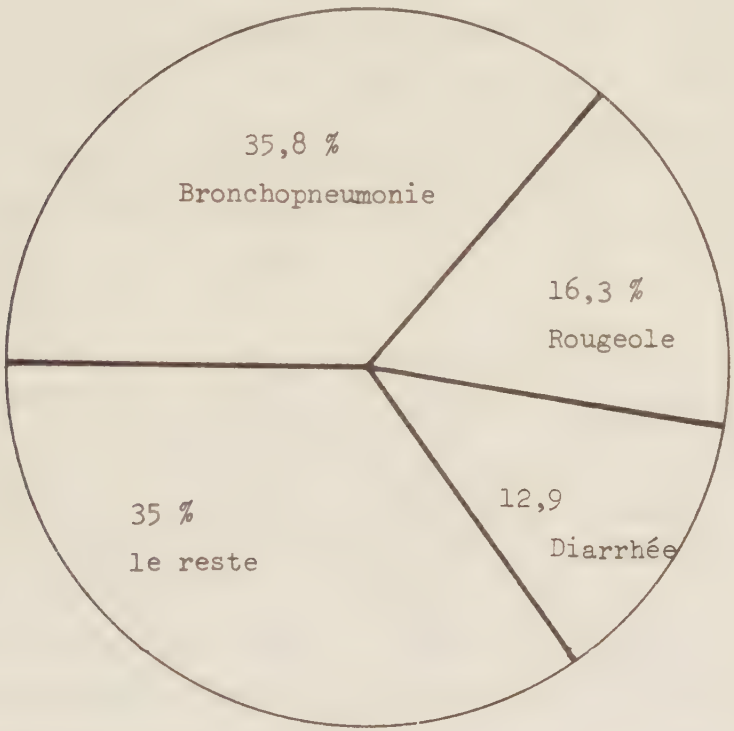
nous avons pu obtenir les résultats suivants :

	Nombre	%
Avortements	53	3,0
Morts nés	12	0,7
Enfants vivants	927	52,2
Enfants morts	783	44,1

L'âge des enfants morts se répartit ainsi :

	Nombre	%
Moins d'1 mois	197	25,8
1 à 11 mois	338	44,4
1 an	137	18,0
2 ans	49	6,4
3 ans	30	3,9
4 ans	11	1,5
TOTAL	762	100,0

Causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans
(Ministère de la Santé)



Il est assez inquiétant de voir que dans ces familles pour 927 enfants vivants, il y a 783 enfants morts.

5 - VIE SEXUELLE - GROSSESSE - ACCOUCHEMENT

	%
Premières régles	
10-12 ans	25
13-14 ans	74
Premières relations sexuelles	
14 ans	5
14-16 ans	9
17-19 ans	37
20 et plus	40
Preuves de grossesse	
absence de régles	40
nausées	6
fatigue	2
médecin	12
mari	0
autres	0
Lieu Accouchement	
foyer	35
hôpital	45
Pourquoi au foyer ?	
peur hôpital	8
économie	25
nécessité	1
soins hospitaliers insuffisants	1
autres	3
Pourquoi Hôpital ?	
peur	2
économie	3
exigé par dispensaire	0
soins efficaces	38
autres	5
Nombre d'enfants nés	
Au foyer	
1	21
2 à 5	22
6 et plus	15

Dans cette étude, l'âge de la menstruation est aussi autour de 13-14 comme en Colombie. Quant à l'âge des premières relations sexuelles, les chiffres ne sont pas concluants et proches de la réalité. La femme bolivienne est encore plus réservée que la femme colombienne et ne tient pas à dire la vérité.

Notre enquête ayant eu lieu en zone urbaine, le pourcentage de femmes accouchant à l'hôpital est assez important : 45 %. On note une nette amélioration. En Bolivie, les sorciers les matrones sont extrêmement nombreux. Médecine magique, intuitive, rationnelle s'entremêlent. Herbes, amulettes, coutumes sont employées. C'est ainsi que pour lutter contre un accès fébrile, on voit une mère plonger son nourrisson dans l'eau glacée d'une rivière à 4 000 m d'altitude.

La population est sous-alimentée. Les raisons en sont les bas salaires, mais aussi les habitudes. Les Indiens

A l'hôpital	
1	21
2 à 5	19
6 et plus	2
Alimentation durant la grossesse	
protéines	54
fruits	81
légumes	76
féculents	79
chocolat	20
autres	3
Temps de repos après accouchement	
moins 3 j	42
3 à 9 jours	25
10 à 20 j	7
21 à 30 j	1
31 à 40 j	2

vivant sur l'Altiplano ont une alimentation assez monotone à prédominance glucidique.

Ils consomment des pommes de terre deshydratées ou chounios, de la quinoa (farine qui sert à épaissir la soupe et dont nous avons déjà étudié la composition) de la oca (tubercule de Oxalis Carnosa), des fèves.

En zone urbaine, les immigrants ruraux gardent leurs habitudes de la campagne quant à la nourriture mais y ajoutent parfois des fruits, des légumes verts que l'on trouve à LA PAZ venant des basses terres. On peut acheter ces denrées le long des trottoirs où, à même le sol, elles sont exposées. La viande est, elle-aussi, étalée. Tous les prix sont très élevés ; seulement 54 % des familles enquêtées consomme de la viande, et dans bien des cas, pas quotidiennement et bouillie.

Les Indiens de l'Altiplano consomment plus de protéines animales que ceux des zones rurales : ils possèdent chèvres, brebis, poules, tout cela en petit nombre mais leur permettant quelques "extra". Ils ont aussi des lamas, des alpacas mais ils n'ont pas l'habitude de les tuer pour les manger. Ils attendent qu'ils meurent de vieillesse. Ceux des bords du Lac Titicaca consomment du

poisson.

Nous avons été frappée de voir tant d'indiennes dans la rue vendant et mangeant des oranges. Cela est très différent de la Colombie. Le déficit est surtout dû à un apport calorique insuffisant sur le plan des protéines d'origine animale.

Si 3 000 calories sont nécessaires, 17 % seulement de la population en absorbe suffisamment.

Une enquête a été réalisée par le Ministère de la Santé Bolivienne dont voici les résultats qui nous paraissent très optimistes :

Protéines totales	62 g
Protéines animales	29 g
Céréales	18 g
Glucides	489 g
Vitamine C	18 mg
Calcium	507 mg
Fer	24 mg
Vitamine A	914 UI
Riboflavine	1,2 mg
Thiamine	2,6 mg
Calories	2388

6 - LOGEMENT

	%
Propriétaire	25
locataire	65
autre	8
Nombre de pièces	
1	50
2	34
3 et plus	15
Nombre de lits	
1	36
2	47
3 et plus	17
berceau	3
Eau	
dedans	38
dehors	62
Sanitaire	4
Latrine	26
Ordures ménagères	
ramassage	22
incinérées	3
jetées	75
autre	0
Electricité	92
Téléphone	0
Radio	79
Télévision	0
Habitants	
enfants	76
famille	13
grands-parents	17
autres	0
Nombre	
moins de 3	14
3 à 6	69

Les maisons, dans l'ensemble, sont construites en briques séchées au soleil, le toit est de tôle, le sol de terre battue. Quelques habitations sont encore plus pauvres : des boites de conserves aplaties et placées les unes à côté des autres permettent de construire murs et toits. Des familles nombreuses s'y entassent avec souvent les denrées que l'on vend au marché. Pas de fenêtres afin de lutter contre le froid et des pièces minuscules.

Le pourcentage de lits par rapport au nombre d'habitants est faible. 62 % des familles ont l'eau très éloignée, 74 % n'ont pas de latrines, et 75 % jettent leurs ordures dans les ruelles ou dans le cours d'eau qui traverse LA PAZ. Celui-ci, durant l'hiver, a très peu d'eau et dégage des odeurs nauséabondes. Nous trouvons 92 % des maisons avec l'électricité : il faut dire qu'ici, comme à Bogota, nombreuses sont les installations clandestines.

7 à 10	13
11 à 15	4
15 et plus	0

Les postes transistors ont envahi les foyers et des émissions en espagnol, Quechua et Aymara sont diffusées.

7 - HYGIENE DE LA MERE

	%
Bain	
Quotidien	1
Tous les 3 j	5
4 à 8 jours	50
8 j et plus	42
Produits	
savon	78
herbes	0
autres	5
Lavage dents	
quotidien	21
biquotidien	9
triquotidien	5
Se déshabille la nuit	40
Boisson préférée	
eau de vie	2
bière	15
boissons gazeuses	82
Cigarette -pipe Coca	55
Participation Centre de Santé	
Depuis	
moins d'1 an	41
1 à 3 ans	15
4 ans et +	6
Quand	
rendez-vous	53
nécessité	12
Refuse centre de santé	4
Pourquoi	
bien	18
économique	5
mauvais accueil	1

Le manque de possibilités sur le plan sanitaire fait que, dans l'ensemble, les mères ne peuvent guère se laver. Les bains sont rares et nos chiffres sont très optimistes. Quelques femmes (22 %) n'utilisent pas de savon, il est au-dessus de leurs moyens financiers. Il en est de même pour le dentifrice et la brosse à dents.

60 % des mères interrogées ne se déshabillent ou ne changent pas de vêtements pour dormir.

Nombreux sont les hommes qui mâchent la coca et nous avons trouvé un pourcentage de 55 % chez les femmes. Ce sont des feuilles que l'on mâche en y mêlant de la "chaux ou des cendres destinées à en libérer le principe actif". La coca calme la sensation de fatigue et de faim ; à doses plus élevées, elle stimule l'appareil neuro-musculaire et procure une sensation d'euphorie physique. Son usage habituel et prolongé conduit de façon paradoxale à l'apathie physique et psychique, avec tendance à la dépression.

autre consultation	12
prénuptiale consultation	2
prénatale	49

Peu de femmes avouent absorber des boissons alcoolisées, contrairement aux hommes qui boivent des quantités importantes de "chicha", boisson faite avec des grains de maïs fermentés. Avant, les femmes mâchaient les grains de maïs puis elles les recrachaient et les mettaient à fermenter.

62 % des femmes vont au Centre de Santé, cela est peu car notre enquête a été effectuée dans un rayon proche du centre. Le Ministère de la Santé Publique annonce qu'à La Paz, 63 % de la population peut avoir recours au Centre de Santé ; pour l'ensemble de la Bolivie, on avance le chiffre de 56 %.

8 - ACTIVITES DE LA MERE DE FAMILLE

	%
A du temps libre	64
Son emploi	
apprendre couture	31
apprendre activités ménagères	20
dormir	2
travailler	8
étudier	5
se détendre	2
autre	4
Voit-elle des amies ?	
quotidiennement	17
jamais	30
quelquefois	51
Quand ?	
matin	15
après-midi	47
Où ?	
foyer	23
rue	25
autre	28
Activités dimanche	
messe	50
reste au foyer	49
cinéma	29
promenade	20
visite	15
autre	8

64 % des mères interrogées dit avoir du temps libre et 56 % souhaite apprendre quelque chose, mais il existe peu d'organisations pour répondre à leurs désirs. Les femmes, en Bolivie, ne trouvent encore guère leurs places : ni dimension sociale, ni dimension familiale ne leur est laissée. La femme est frustrée à un tel point qu'elle n'éprouve même pas le besoin de se libérer. Le mari ne veut pas qu'elle s'alphabétise et ne souhaite guère la voir rencontrer des amies.

Le cinéma est un des loisirs les plus répandus.

9 - ENFANT

	%
Age	
- 3 mois	35
3 à 5 mois	25
6 à 8 mois	18
9 à 12 mois	22
Allaitement maternel	84
Durée	
- de 3 mois	1
3 à 5 mois	4
6 à 8 mois	21
9 et plus	48
Biberon	
lait vache	3
lait poudre	30
Hygiène	
lait bouilli	19
eau bouillie	30
ustensiles bouillis	18
Pourquoi ?	
coutume	8
désinfecter	8
autre	11
Nombre repas	
- de 4	6
4 à 6	40
7 et plus	34
sans horaire	16
Allaitement au sein	
tous	49
2 à 4	25
Allaitement artificiel	
tous	10
2 à 4	25
Alimentation	
bouillon	3

L'allaitement maternel est très répandu : 84 % dont 48 % continue jusqu'à 9 mois et plus, en un mot tant que la mère a du lait ; certaines avouent allaiter jusqu'à 2 ans au moins.

L'alimentation mixte est surtout composée de soupe avec de la farine, menu des parents. Très peu d'enfants mangent de la viande ou des oeufs.

Dans l'ensemble, l'enfant dort avec ses frères et soeurs et ses parents.

Nous pouvons remarquer combien est élevé le pourcentage d'enfants ayant eu, durant sa première année, une affection respiratoire (44 %) ou la rougeole (27 %). Nous avons vu de nombreux cas de rougeole chez des enfants âgés de 2-4-6 mois.

La vaccination, en Bolivie, ne touche pas encore un pourcentage suffisamment élevé de population. Comme dans tous les pays en voie de

fruits (jus)	47
soupe	38
viande	7
oeufs	8
farines	14
autres	10
Age/alimentation mixte	
- de 3 mois	18
3 à 5 mois	22
6 à 8 mois	22
9 à 12 mois	7
Dort	
seul	8
avec parents	84
avec frères	5
autres	1
Première sortie	
- de 1 mois	26
1 à 2 mois	40
3 mois et +	30
Pourquoi	
réchauffe	36
aére	4
donne forces	4
ne sait pas	3
coutume	4
autres	26
Bain	
quotidien	48
chaque 3 j	29
4 à 7 jours	9
Lave langes	
chaque jour	63
Maladies	
grippe-bronchite	44
affections intestinales	15
rougeole	27
éruption	6

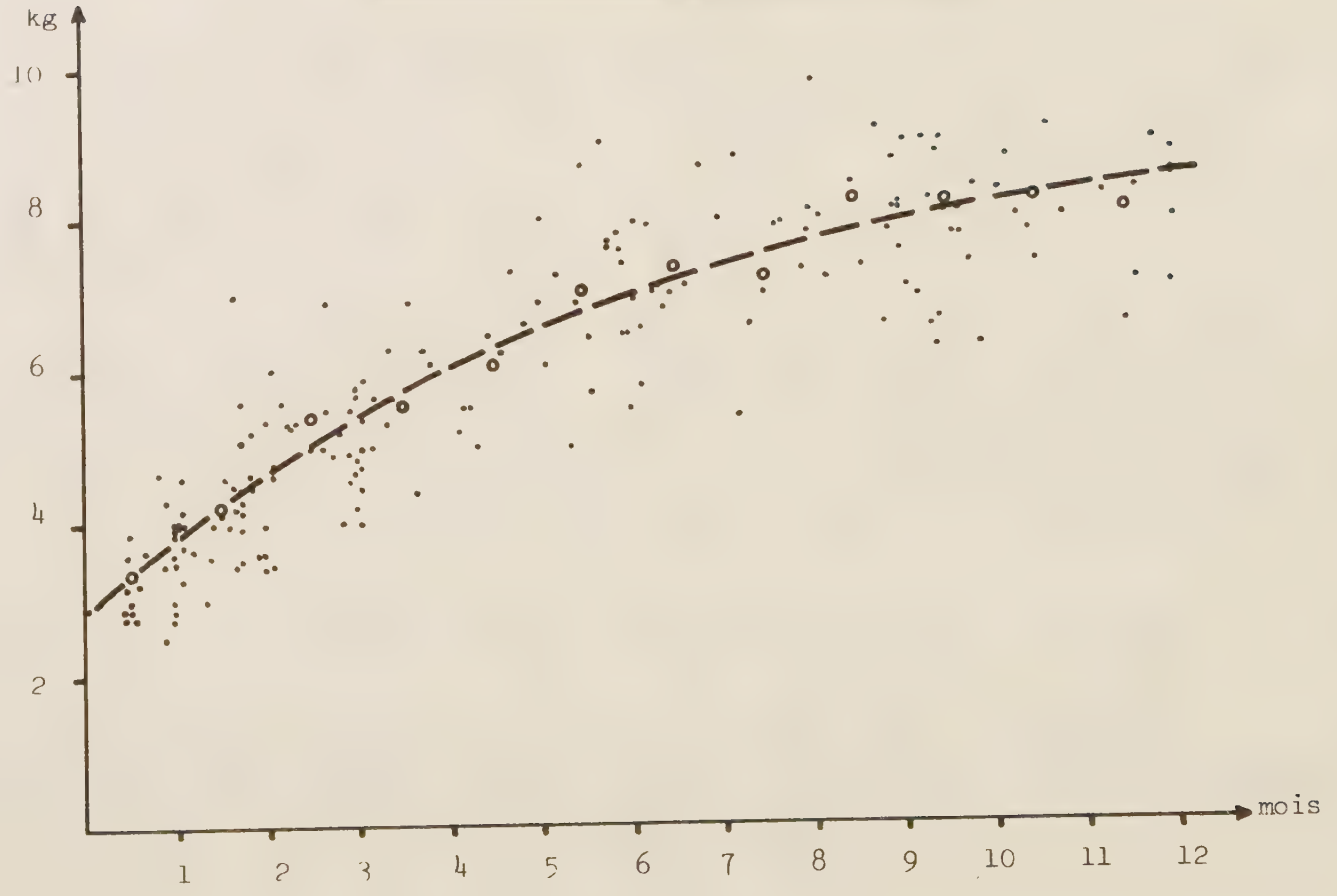
développement le problème est celui des injections multiples : la mère amène son enfant une fois pour le faire vacciner, parfois deux mais très rarement trois. Combien de doses de vaccins se perdent car la deuxième injection n'est pas faite. En Bolivie, il faudrait pouvoir commencer la vaccination associée . comme l'ont tentée certains pays africains.

Le Ministère avance le chiffre de 25 % de mortalité infantile ; dans le quartier d'Achachicala, nous avons rencontré 40 %.

Nous proposons dans le graphique ci-après, une courbe de poids d'enfants boliviens de 1 à 12 mois. Nous ne présentons pas dans ce travail deux enfants, l'un de 8 mois pesant 3,850 kg et l'autre de 9 mois pesant 3,810 kg.

		Vaccins	
stomatite	4	DPT	12
rien	50	Variole	4
autres	1	Polio	3
		BCG	22
		Rougeole	3

Poids d'enfants Boliviens - 1 à 12 mois



CONCLUSIONS

La Bolivie est certainement dans une phase critique, et cela sur tous les plans, que ce soit sanitaire, économique ou social. Le revenu moyen d'un Argentin par an est de 950 dollars U.S., d'un Vénézuelien, 878 dollars U.S. et d'un Bolivien 203 dollars U.S. (°). Nous voyons donc combien le Bolivien a un revenu bas par rapport aux autres latino-américains. On estime à 510 dollars U.S. le revenu annuel moyen d'un habitant d'Amérique Latine.

La réforme agraire a été un échec sur le plan économique. Les terres ont été partagées et on est arrivé à des mini-propriétés. Les coopératives n'ont pas très bien fonctionné soit par la maladresse des dirigeants, soit par la résistance des paysans. Sur le plan humain, par contre, cela a permis aux paysans de se sentir plus responsables, de mieux s'insérer dans la vie du pays. Mais il est sûr que certains représentants syndicaux ont une trop grande influence.

L'économie est sous la coupe des Etats Unis. Les couches moyennes sont écartelées entre le Nationalisme et les bénéfices dus au néocolonialisme américain.

(°) Chiffres de la CEPAL

La haute bourgeoisie est partie et la plupart des cadres ont émigré vers les Etats Unis, l'Argentine ou même l'Europe.

Les possibilités de changement ne sont pas immenses ; le changement nait d'un mécontentement qui lui-même naît chez une population consciente. Or, l'ensemble des boliviens n'a pas pris conscience de sa situation. Il faut aussi passer du mécontentement au projet et pour cela avoir des visions meilleures. La Bolivie est prise dans un noeud, fait de misères, de difficultés économiques, de lourdeurs administratives que le fatalisme de l'indien résigné et sans espoir n'aide pas à dénouer. Tout cela est d'autant plus regrettable que le pays pourrait être riche. Un proverbe dit : "El Boliviano es un mendigo sentado en un Sidum de Oro" - Le Bolivien est un mendiant assis sur un tas d'or. Des hommes, cependant, restent en Bolivie pour, courageusement, conscientiser la masse et améliorer le sort de ces 4 millions d'habitants. Des expériences d'éducation, de promotion de la femme rejoignant ses intérêts essentiels s'amorcent mais elles sont encore trop peu nombreuses. Il faut éduquer sans parternalisme. Il faut former des leaders, créer des communautés de leaders, de militants, qui peu à peu feront évoluer la société.

L E P E R O U

Le Pérou s'étend du Pacifique à la Cordillère des Andes, sur 1 285 200 km2 et compte environ 12 millions d'habitants (10 % de blancs, 30 % de métis, 60 % d'indiens). Ses richesses sont variées : c'est le cinquième producteur mondial de fer, le premier pour la farine de poisson et il y a d'importantes ressources, tant pour divers autres minerais ou le pétrole que pour le coton, les céréales, le sucre, sans oublier le célèbre "guano".

Le Pérou est marqué par le prestigieux empire Inca, qui domina ces régions durant quatre siècles (du XIIe au XVIe siècle) avec une sorte de perfection administrative qui, de nos jours, quand on l'examine, nous confond toujours. Actuellement,"on peut considérer le Pérou comme un pays moderne, policé, industrialisé de 4 millions environ d'habitants..." mais c'est aussi "un pays primitif, secret, sous-développé, magnifique et misérable de 8 millions d'Indiens" (58).

Le Pérou comporte une vingtaine de circonscriptions, dont le département de Puno, où nous avons travaillé.

Le département de Puno est situé au Sud-Est du Pérou à la frontière bolivienne. La ville de Puno est un petit port, situé sur le fameux Lac Titicaca (altitude 3 854 m, superficie 8 330 km2) dont la rive occidentale est péruvienne, l'orientale, bolivienne. La plus grande étendue du département de Puno appartient à l'étage andin, seule une petite partie est en basse altitude, région de forêt tropicale. Ce département a donc surtout un climat froid et sec, s'étageant principalement de 3 854 m (Altitude du Titicaca) à 5 000 m.

La majeure partie est située entre la Cordillère Orientale et la Cordillère Occidentale des Andes et forme un plateau : l'Altiplano.

La population y est très dispersée et en majorité rurale : en 1968, on comptait 847 167 habitants : dont 82 % était rurale et 18 % urbaine. La densité de la population s'élève à 12,6 habitants au km2.

71 % de la population s'occupe d'agriculture ou d'élevage. Mais très peu de terres sont cultivées, car l'irrigation est insuffisante, le sol pauvre en sels minéraux.

L'analphabétisme s'élève à 57,6 % en moyenne. Il est de 75 % chez les femmes. Parmi les écoliers, on rencontre 61 % de garçons et 39 % de filles. Dans le milieu rural, les paysans ne donnent pas encore d'importance à l'éducation de la femme.

Les familles vivent dans des maisons où il n'y a qu'une seule pièce qui sert de dortoir, de cuisine avec en moyenne 5 habitants. Il n'y a pas de fenêtre permettant l'aération ou laissant entrer la lumière. Les animaux domestiques (chiens, poules, etc...) vivent dans cette même pièce. Les murs sont faits de briques séchées au soleil, le toit de paille ou de totora (joncs du Lac Titicaca), le sol de terre battue.

Dans le département de Puno, il est difficile de parler de taux de natalité car on estime à 63 % les enfants non inscrits sur les registres de naissances. Les taux de mortalité se rapprochent plus de la réalité, car les paysans aiment la chicane et pour régler les questions de succession, un acte de décès leur est nécessaire. Seul le taux de mortalité infantile est inférieur à la réalité.

En 1967, le taux de natalité aurait été de 64 ‰, celui de la mortalité de 27 ‰ et celui de la mortalité infantile de 96 ‰ (1).

Les principales causes de mortalité seraient les affections respiratoires, les dysenteries et entérites

(1) Ces chiffres sont tirés du rapport du IIIe Congrès National de Santé Publique 1960

la tuberculose. La rougeole vient en 7e place avec 11,2 %.

Les habitants de Puno (capitale du département) consomment environ 2 200 calories, avec 66 grammes de protéines, ceux de la zone rurale 1 015 calories avec 20 g de protéines dont très peu d'origine animale.

L'état nutritionnel s'aggrave à mesure que l'on s'éloigne du Titicaca. Dans la région de Tambopata, 28,5 % des préscolaires font partie du groupe des dénutris du premier degré et 15,6 % du deuxième degré, 54,7 % sont normaux.

Les consommateurs de Coca sont nombreux : plus de 50 % des adultes mâchent des feuilles de Coca avec de la chaux et cela quotidiennement.

Les habitations ayant l'eau potable (environ 8 %) et le tout à l'égout (environ 6 %) sontexceptionnelles. Or, vers le XVe siècle, des villes comme Cuzco (100 000 habitants à l'époque) étaient alimentées grâce à un système de conduits souterrains amenant l'eau des sources voisines. Des latrines publiques étaient mises à la disposition des passants qui "pouvaient s'arrêter sans être vus et si l'envie de se relâcher le ventre les prenait, ils entraient là pour déposer l'ordure qui ne doit pas se perdre". On a retrouvé des baignoires en pierre dans les riches demeures de Cuzco, les Péruviens coupables de malpropreté corporelle étaient roués de coups, lavés de force

et condamnés à boire publiquement l'eau de leur bain (21)

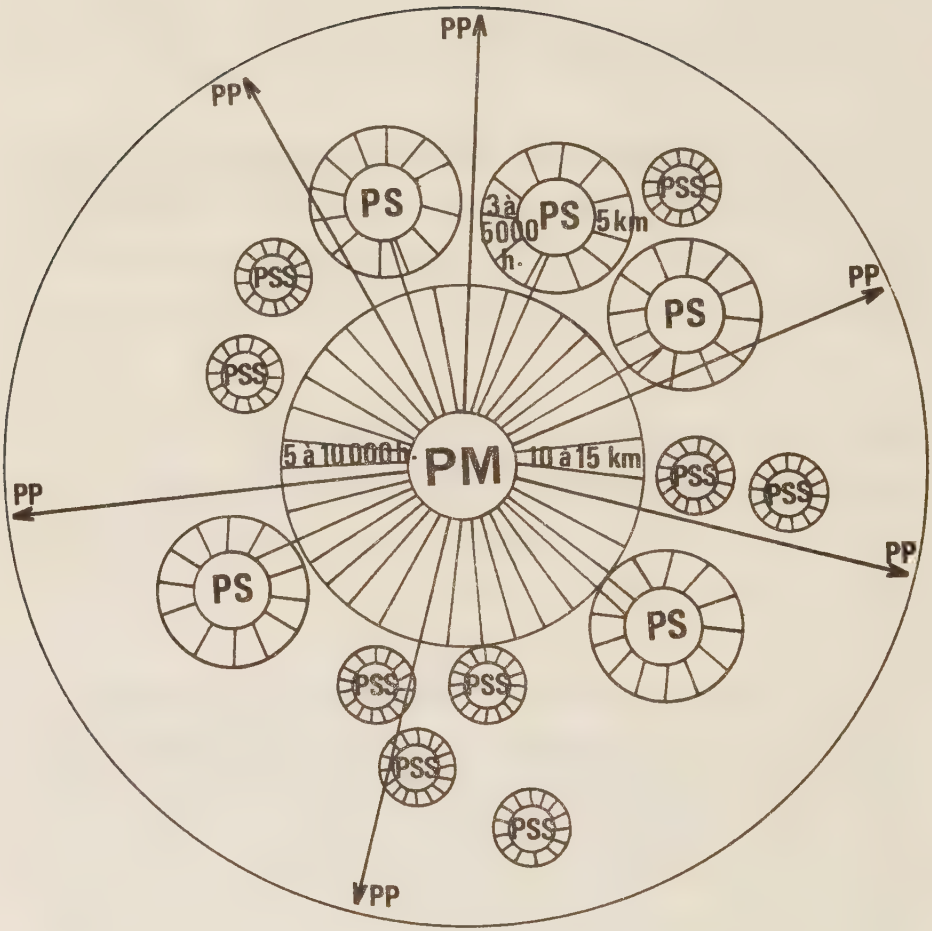
Nous n'avons pas eu le temps de réaliser des enquêtes comme en Colombie ou en Bolivie, mais nous avons participé à certaines activités sanitaires de la zone rurale et nous nous sommes intéressée à l'organisation de la santé de ce département pilote. (voir graphique 1).

Le grand cercle extérieur représente la zone d'influence d'un poste médical (P.M). C'est un établissement qui s'adresse à une population dispersée de 5 à 10 000 habitants dans un rayon de 10 à 15 kilomètres.

Les postes sanitaires (P.S) dépendent du poste médical. Ils s'adressent à une population de 3 à 5 000 habitants, dans un rayon de 5 kilomètres. L'auxiliaire d'infirmerie qui a la responsabilité de ce poste se déplace à pieds, parfois à bicyclette.

Des instituteurs ruraux ont été formés en 1960 pour aider la population (200 à 500 habitants) qui ne se trouve pas dans la zone d'influence des Postes Sanitaires. Ce sont les Postes Scolaires de Santé (P.S.S.).

Auxiliaires d'infirmerie et instituteurs assurent la prévention comme les vaccinations, les soins de première urgence, l'éducation sanitaire.

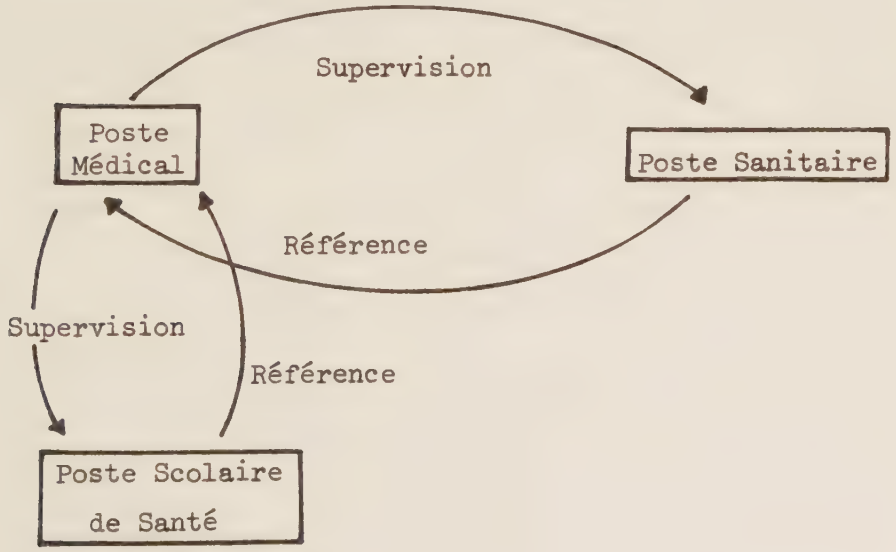

PP
PP
PS
3 à 5000 h.
PS
5 km
PSS
PSS
PS
PP
PSS
5 à 10000 h.
PM
10 à 15 km
PSS
PSS
PP
PP
PS
PS
PSS
PSS
PSS
PSS
PP

GRAPHIQUE 1

Il existe un quatrième type de services de santé : ce sont les programmes de pénétration (P.P.). Une auxiliaire d'infirmerie, à partir du poste médical, assure les vaccinations.

Ce qui caractérise le travail de PUNO est la coordination établie entre le secteur public et le secteur privé (en particulier religieux). A l'intérieur même du secteur public, tous les services coopérent au développement de ce programme de santé : l'armée, l'enseignement, l'agriculture etc...

Peu à peu, on a instauré la médecine simplifiée : ce n'est pas autre chose que les soins apportés aux cas médicaux très simples et courants par les auxiliaires. Celles-ci sont formées et supervisées par le Poste Médical ou "Médecine développée".



Un livret a été conçu pour les auxiliaires - ce livret indique ce qu'il faut faire de façon concrète et précise dans chaque cas. L'auxiliaire ne travaille pas de façon empirique et sait où s'arrête ses possibilités. Celles-ci dépassées, elle dirige le cas vers le Poste Médical. L'auxiliaire a quelques activités principales comme le recensement, les soins de première urgence, les accouchements, les soins aux enfants, les vaccinations, l'éducation sanitaire etc...

Cette organisation nous a paru fort intéressante et donner de bons résultats. En particulier dans la formation des matrones par les auxiliaires. Cela nous a rappelé l'expérience Colombienne avec les promotrices rurales.

Nous avons vu des auxiliaires avoir un rôle très grand auprès de la population, certains même leur apprenaient à cultiver des tomates sous plastique, à 4 000 m d'altitude, afin d'améliorer leur équilibre diététique.

L E C H A C O A R G E N T I N

Notre mission en Amérique Latine s'est continuée par une étude biomédicale et hémotypologique des populations amérindiennes du Chaco Argentin au sein d'une équipe du C.N.R.S. (RCP 87). Nous avons travaillé dans deux villages dont s'occupent des missionnaires anglais : MISION CHAQUENA située près d'EMBARCACION le long du Rio Bermejo au Sud et MISION LA PAZ, le long du Rio Pilcomayo au Nord. C'est une région très désertique située à 300 mètres d'altitude dans un climat tropical. On y rencontre très peu de végétation, surtout formée d'épineux.

Nous avons pu examiner 385 sujets appartenant aux trois grandes ethnies de cette région : les CHOROTES, les MATACOS et les TOBAS. A ceux-là, nous pouvons ajouter quelques CHURUPI venant du Paraguay, soit :

- 138 Chorote
- 194 Mataco
- 1 Toba
- 16 Churupi
- 36 Métis

En plus de notre participation à la mission hémotypologique, nous avons essayé d'entrer en contact avec la population afin de réaliser nos enquêtes. Cela s'est avéré extrêmement difficile et pourtant nous vivions au milieu d'eux et étions introduite par le Pasteur et sa famille. C'est une population très méfiante, très fermée et nous étions très handicapée par la langue,

aucun de nous ne parlant Mataco ou Chorote, si ce n'est le Docteur PATTERSON et sa femme. Nous n'avons donc pu interroger que seize familles. Cela ne nous permet donc pas de réaliser le même travail que pour la Colombie et la Bolivie. Nous allons prendre les points qui nous ont paru les plus importants.

Sur 16 femmes, 10 connaissaient exactement leur âge. Dans l'ensemble, elles ont toutes 20-22 ans. Elles vivent en concubinage et ont eu en moyenne 4 grossesses. Pour 46 enfants vivants, nous comptons 28 morts, en majorité par rougeole ou diarrhée.

Elles vivent toutes dans un état de misère extrême et d'apathie profonde. La maison est construite de branchages ou de bambous à claire-voie ; toute la famille vit dans une seule pièce. On fait la cuisine devant la maison sur un petit feu, au milieu de la poussière. Les menus sont maigres, sauf pour ceux qui vivent le long du Pilcomayo et qui, durant 6 mois de l'année, peuvent aller à la pêche : sport dangereux, vu le nombre de Piranas (petits poissons carnivores). Les habitants dorment par terre, sauf quelques familles ayant construit des lits tendus de peaux de bêtes.

Les femmes ne se baignent que lorsqu'il fait chaud, le plus souvent sans savon. Elles ne se lavent pas les dents.

Dans l'ensemble, elles allaitent leur enfant jusqu'à ce qu'il soit âgé de 2 ans, 2 ans et demi... tant qu'elles ont du lait et tant qu'un autre enfant n'est pas attendu.

L'alimentation mixte est tardive : quand l'enfant sait marcher, quand il a un an ou plus. La mère, durant la saison plus froide lave son enfant en emplissant sa bouche d'eau et en la recrachant en pluie sur l'enfant !

Les enfants ne sont pas vaccinés dans l'ensemble et la mortalité est élevée. La tuberculose, la maladie de Chagas, la coqueluche, la rougeole, la malnutrition, les parasitoses semblent faire de nombreux ravages.

Nous avons pu réaliser différents examens et en particulier des électrophorèses des protéines et des examens sérologiques.

Voici les résultats des électrophorèses

	Protéines g/litre	Albumine	α_1	α_2	β	γ
Toulouse	60	56, 2	3, 70	9, 30	14	16, 8
Mataco						
Moyenne	65, 80	47, 33	3, 90	8, 87	13, 42	26, 48
Variance	118, 90	34, 57	1, 34	5, 81	6, 39	23. 51
Ecart type	10, 90	5, 88	1, 16	2, 41	2, 53	4, 85
Chorote						
Moyenne	70, 04	48, 14	3, 41	9, 10	12, 93	26, 42
Variance	55, 86	24, 38	1, 18	4, 67	5, 63	22, 56
Ecart type	7, 47	4, 94	1, 09	2, 16	2, 37	4, 75

Electrophorèse des Protéines Sériques

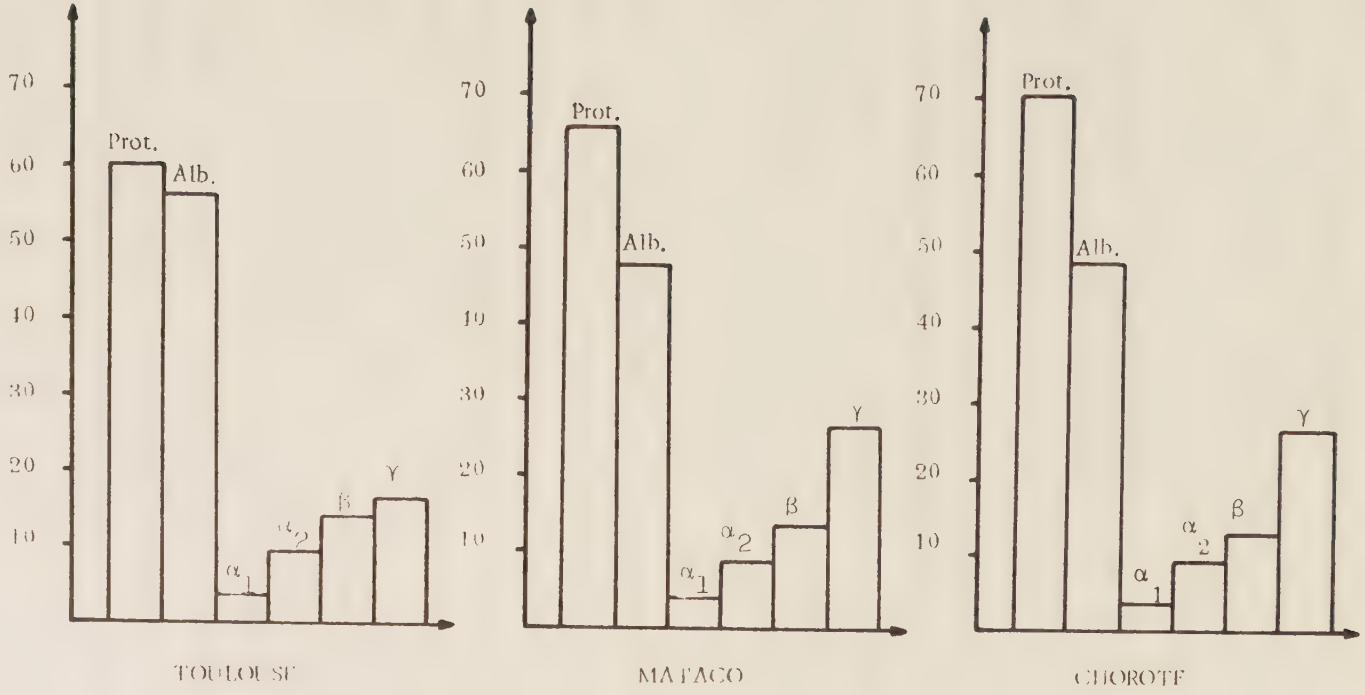
Nous ne trouvons une différence significative que pour :

- le taux d'albumine plus bas chez les Mataco et les Chorote. Est-ce dû à la malnutrition sur le plan protéique ?

- le taux des gamma-globulines plus élevé par rapport aux Français.

Cela serait-il dû à la réaction de défense de l'organisme contre les parasites si nombreux dans cette région, ou contre la maladie de Chagas qui est très répandue dans tout le Chaco ?

Sur le plan sérologique, nous avons obtenu :


70
60
50
40
30
20
10
Prot.
Alb.
α1
α2
β
γ
TOULOUSE
MAFACO
CHOROTE

	Sujets positifs		
	Micro-agglutination	Hémolyse	Sérum anti-complémentaire
Mision Chaquena	7,4 %	11,7 %	0
Mision La Paz	17,9 %	23,7 %	6,7

Ce haut pourcentage de sérums sérologiquement positifs nous pousserait à croire que de nombreux habitants du Chaco sont porteurs de tréponématoses. Nous n'avons pas constaté, au cours de notre mission dans le Chaco Argentin, de symptômes cliniques apparents de pian ou de caraté chez les sujets étudiés. Nous pourrions penser peut-être, soit à une syphilis de type endémique et non vénérienne, soit à des formes cutanées ou cutanéo-muqueuses de trépanomatoses non syphilitiques.

Ces hommes tristes, dépourvus, sans but et sans travail ont eu, il y a cinquante ou cent ans, des traditions, un folklore, une communauté sociologiquement structurée... et cet ensemble a disparu à tout jamais. Rien n'est venu le remplacer, jusqu'à ce jour. Environ 20 000 Indiens vivent dans cette région, certains groupes aidés par de courageux missionnaires anglicans qui y consacrent des tranches importantes de leur vie avec femme et enfants, mais tous semblent être à peu près oubliés par Buenos-Aires. Seul, un médecin au dévouement tenance essaie d'aider ces ethnies en voie de disparition avec pour tout moyen de locomotion, un cheval

pour parcourir des distances de 100 kms.

Ceci n'est-il pas pour nous une leçon à tirer de l'attitude que nous devons avoir lorsque nous désirons venir en aide aux populations du tiers monde ? Nous devrions, avant de vouloir intervenir brutalement avec les *meilleures* raisons sanitaires, sur des ethnies possédant une structure sociologique, nous préoccuper de la gravité des conséquences de cette intervention.

CONCLUSION

Dans ces pays Latino-Américains, on parle beaucoup d'*Alphabétisation* avec justes raisons. "Pour essayer de comprendre, afin d'essayer de choisir et de vouloir, il faut d'abord savoir lire. Dans un monde de plus en plus médiatisé par le signe, ne pas savoir lire, c'est absence du monde et ce, malgré la multiplication et la propagation des images, dont on ne remarque pas assez d'ailleurs à quel point elles renvoient à des concepts dont le maniement exact requiert l'écriture. Absence du monde et absence au monde, solitude, ténèbres, impuissance. C'est n'avoir aucun moyen de s'insérer selon une visée propre dans l'environnement, d'y choisir un travail, d'y défendre ses droits, d'y hiérarchiser ses besoins et à plus forte raison, d'influencer par des choix conscients les transformations de cet environnement" UNESCO (110).

Alphabétiser ne veut pas dire simplement apprendre à lire et à écrire, cela va beaucoup plus loin. "On est passé de l'alphabétisation par l'école du soir à

l'alphabétisation fonctionnelle et à la conscientisation. On a associé alphabétisation et amélioration des conditions de vie et de travail" UNESCO (110). Cette nouvelle orientation n'est pas sans effrayer des "soi-disant élites locales" qui craignent une émancipation politique.

Apprendre à un peuple à lire et à écrire est un acte relativement facile quoique indispensable car "qui ne sait lire, ni écrire ne peut s'intégrer ni participer à la construction et à l'amélioration d'une société dont il ne peut comprendre les mécanismes" UNESCO (110). Mais quelle en serait l'utilité si l'on s'arrêtait là, si l'on ne continuait pas à éduquer, à faire grandir, à former les consciences afin d'en arriver à la prise de responsabilité, être responsable de soi, de sa famille, de sa santé et de celle de son entourage, être capable de s'engager. Or "un analphabète ignore la loi qui pourrait le protéger... il est complètement livré à des tiers ou plutôt aux structures impersonnelles des mécanismes de production et de gestion" UNESCO (110). Pour s'engager, il a besoin d'être informé. "Etre informé, ce n'est pas seulement recevoir des messages, mais être en mesure de les trier, de discerner dans le flot ininterrompu des communications qui nous parviennent, celles qui importent et celles qui ne comptent pas, celles qui ont un fondement de vraisemblance et celles qui tournent le dos à la véracité. Il n'y a pas d'information sans une ample, solide et continue formation de l'informé, dont l'alphabétisation et la *Postalphabétisation* constituent des composantes

indispensables.UNESCO (110). Il est sûrement très important que peu à peu toute la population sache lire et écrire, mais à notre avis, cela n'est pas indispensable pour commencer une information sur le plan sanitaire, pour motiver les personnes afin qu'elles désirent transformer certains modes de vie. Il faudrait arriver à mener les deux parallèlement : alphabétisation et information et non alphabétisation seule, malgré l'urgence de cette action, si on se rappelle les chiffres d'analphabètes cités pour l'ensemble du territoire bolivien : 70 %.

Alphabétisation, postalphabétisation mais aussi *Motivation*. Cette phase nous apparaît, aujourd'hui, comme la plus importante mais aussi la plus délicate. Quels sont les motifs qui peuvent pousser des hommes à apprendre à lire, à écrire, mais surtout à désirer continuer de s'enrichir l'esprit. Motiver, c'est donner une impulsion, inciter les sujets à agir, à penser en connaissant la raison pour laquelle ils prennent cette direction, leur donner envie de réaliser un acte jusqu'au point de se sentir mauvaise conscience tant qu'ils ne l'ont pas accompli. C'est toute la personnalité du sujet qui motive son action : sa culture, son environnement, son hérédité, sa santé, la situation dans laquelle il se trouve.

La motivation des Latino-Américains pose de nombreux problèmes. En voici des exemples concrets : pourquoi éprouver le besoin de latrines si l'on n'en a

jamais eu ? Ayant toujours vécu sans vaccination, pourquoi les accepterait-on du jour au lendemain ? Il va falloir à partir de petits faits humbles et concrets de la vie de tous les jours les convaincre en leur faisant comprendre les raisons pour déclencher la mise en action.

Dans un quartier marginal de LA PAZ, il n'y avait pas de latrines. Une enquête effectuée auprès des 8 000 habitants de cette zone a prouvé qu'ils désiraient avoir un quartier plus propre et plus agréable. Un dimanche, on a construit quelques latrines types, simplement et rapidement. Les habitants les ont visitées, utilisées ; on leur a expliqué que, pour une somme très modique, on pouvait les aider à construire les mêmes dans un temps record - un dimanche par exemple - Cela est resté lettre morte ; la population,n'étant pas motivée, n'a pas vu l'intérêt de cet aménagement et a abandonné le projet.

Qu'est ce qui pousse les personnes au changement ? Le prestige ? Les avantages économiques ? La rivalité ? Le jeu ? L'autorité ? Peut-être aurait-il fallu trouver une relation entre leurs coutumes et cette "nouveauté" : enfouir les détritus et les ordures, c'est enterrer les "mauvais esprits". Il aurait sûrement été nécessaire de mieux préparer cette population à cette amélioration de vie par une sensibilisation relativement longue. En zone rurale, où en outre la population est très peu nombreuse, les matières fécales pouvaient à la rigueur être abandonnées, car elles servaient alors d'engrais. En ville, le problème devient très différent :

l'urbanisation change tout. A nous d'imaginer, de comprendre le processus de pensée de ces habitants et de trouver le point d'accrochage qui les mettra en marche.

Comment les gens peuvent-ils être incités à changer ? Films, diapositives, causeries, affiches ? Ces moyens peuvent être intéressants, mais sont parfois mal compris, car il n'y a pas de valeurs culturelles communes entre l'éducateur et ceux à qui il s'adresse. On peut par exemple rechercher l'aide d'artistes locaux qui chantent, mettent en poème, jouent la comédie sur le sujet que l'on veut aborder.

Dans un autre village, il était difficile de demander aux mères d'aller au centre de santé, de faire pratiquer les vaccinations, d'amener leurs nourrissons à la consultation. Alors on a joué sur la rivalité : le concours du plus beau bébé fut lancé. Pour cela des critères ont été choisis : il fallait que l'enfant âgé de 1 à 4 ans pèse un poids donné,ait assisté à un nombre fixé de consultations, ait subi les vaccinations et remplisse des conditions d'hygiène. On a vu, en peu de temps, le nombre des mères fréquentant le centre de santé augmenter de façon considérable. Il ne faut pas oublier que "les freins les plus tenaces au développement sont surtout de caractère social et psychologique". PAPI (90).

Le problème est de savoir si l'important est l'efficacité ou l'éducation ? Il est certes plus rentable,

dans un temps relativement bref, de quadriller une ville comme BOGOTA pour vacciner tous les enfants en bas âge en se rendant dans les maisons, mais est-ce de cette manière que la population se sentira responsable de sa santé ? Ne va-t-elle pas peu à peu penser que l'Etat est responsable de sa santé et personnellement s'en désintéresser, prendre l'habitude d'attendre, ce qui est déjà une mentalité du pays ? Ne doit-on pas plutôt l'amener peu à peu à fréquenter les dispensaires et à en mesurer le bienfait ? Au cours de notre enquête, nous avons été frappés de voir combien de nombreuses mères ne connaissent pas l'existence de centres de santé ou les utilisent mal, n'en connaissent pas toutes les ressources, et ceci par manque de curiosité, lacune qui va de pair avec le manque de motivation. Doit-on jouer sur les avantages économiques ? et donner une somme d'argent aux femmes participant régulièrement aux consultations prénatales ou amenant leurs enfants chaque mois au dispensaire durant la première année ? ou doit-on infliger une amende à celles n'y allant pas ? Récompense, châtiment, éducation ? Pour nous, le problème qui semble se poser est celui de l'éducation.

Eduquer..." le nouveau mode de transmission qui s'installe au palier humain confère à l'*Education* un rôle de tout premier plan dans la société humaine. L'éducation est une fonction proprement humaine. An niveau humain, l'éducation, méthode psychique, se substitue, en tant que mode de transmission, à l'hérédité, phénomène organique.

L'éducation permet à l'enfant d'acquérir psychiquement et non organiquement, donc avec une extrême rapidité, une bonne part de la vaste somme de connaissances capitalisées par l'humanité, au cours des âges. L'éducation assure la transmission et la conservation du patrimoine intellectuel de l'humanité, mais c'est aussi la seule méthode dont nous disposons aujourd'hui pour élever le niveau humain. L'éducation doit être distribuée non point seulement à quelques élus, mais à la majorité des hommes, car c'est l'inéluctable condition dont dépend la promotion humaine. Voilà la vraie raison de l'Education Populaire. Il ne s'agit point de savoir si l'éducation est utile à l'ouvrier ou au paysan. La question est beaucoup plus grave et plus importante. C'est le sort même de l'humanité qui est en jeu".
A. VANDEL (113).

La question que l'on peut se poser est, semble-t-il, la suivante : en France et dans de nombreux pays comme ceux d'Amérique Latine, croit-on suffisamment en l'éducation ? A-t-elle sa place ? Donne-t-on à ceux qui s'occupent d'éducation, la formation et la place que leur mission mérite ? Leur permet-on d'innover, de créer ? Notre système d'éducation laisse-t-il assez de place à l'imagination ? Les enfants se sentent-ils, dès leur jeunesse, suffisamment libres pour inventer ? ou sont-ils esclaves d'un système qui les met dans des rails les empêchant ou leur enlevant toute envie de création, d'adaptation ? "Dans le monde de demain comme dans celui d'hier, la Santé dépendra de l'activité créatrice des hommes et de leurs aptitudes à faire face aux situations imprévisibles

auxquelles ils seront exposés dans un milieu en permanente transformation". DUBOS (23).

L'*Education Sanitaire* "doit créer une mentalité de santé, des réflexes de vie saine ; elle devient alors une véritable éducation sociale, un art de vivre ayant pour but d'accroître le mieux être des familles et des collectivités" (Dr BERTHET). Un des grands buts de l'éducation sanitaire est de donner à l'homme une information suffisante pour qu'il puisse se sentir responsable de sa santé, qu'il se sente profondément concerné par sa santé, pour qu'il prenne une part active au maintien ou à l'amélioration de sa santé. "On ne peut pas donner la Santé aux hommes, on a besoin de leur *participation*" (R. SAND). Cette démarche de participation est primordiale, car elle implique compréhension de la part de la population, sans cela aujourd'hui il semble impossible de changer quoique ce soit dans la façon de vivre d'un peuple. Dans un rapport technique, l'O.M.S. insiste sur ce point : "Si les individus pour lesquels les programmes sont conçus n'ont aucune part à leur planification, une bonne partie du temps, des efforts et de l'argent qui y sont consacrés sera dépensée en pure perte et les problèmes resteront sans solution (85).

Mais il semble aussi important de mesurer les conséquences négatives de ce changement et il y en aura sûrement. "Chaque phase de l'évolution d'une société a

toujours un côté positif et un côté négatif : nous ne devons mésestimer ni l'un ni l'autre. La disparition d'une tradition, la modification d'une structure sociale, la transformation de façons de penser ne seront-elles pas la cause de graves perturbations de groupe social plus dangereuses que le mal que nous voulions combattre".
BERTHET (11).

Un point nous a paru important à approfondir durant notre travail en Amérique Latine. *C'est l'organisation de l'éducation sanitaire*. Il y a quelques années, la Colombie et la Bolivie ont formé quelques promotions d'éducatrices et éducateurs sanitaires. Très vite, les dirigeants se sont heurtés à des difficultés de partage des responsabilités, de programme, de formation des équipes de travail et à l'heure actuelle, dans ces deux pays, les Ecoles de Santé Publique ne forment plus d'éducatrices ; seuls quelques cours d'éducation sanitaire sont dispensés aux médecins ou élèves fréquentant ces établissements. En conséquence, peu d'éducatrices sanitaires travaillent dans ces pays. Nous avons pu collaborer très étroitement avec deux éducatrices attachées au district de BOGOTA, avec une autre, incorporée au Ministère de la Santé, bolivienne et nous avons rencontré l'éducatrice de l'Ecole de Santé Publique de MEDELLIN. Lorsque nous avons abordé ces problèmes avec les Ministères, nous avons senti qu'ils donnaient beaucoup plus d'importance à la Médecine Curative qu'à la Médecine Préventive, d'ailleurs les chiffres

des budgets sont là pour le prouver. Quant à l'éducation sanitaire qui devrait faire partie de tous ces programmes de Prévention, nous avons eu l'impression que l'écueil auquel on se heurtait, était celui de l'organisation, du rôle de chacun. D'autre part, les problèmes financiers sont tels que l'on ne cherche pas à multiplier les personnes travaillant à une tâche déterminée. Peut-être là faudrait-il envisager de rendre plus importante la responsabilité des volontaires - telles les volontaires hospitalières si nombreuses en Colombie - en leur assurant une formation adéquate.

Ne pourrait-on pas résoudre le problème en rendant chacune des personnes en contact avec la population responsable de l'éducation sanitaire : le Personnel de Santé (infirmières, auxiliaires d'infirmeries, médecins, diplômés d'études sociales, dentistes etc...), le Personnel d'Enseignement et d'Education (instituteurs, professeurs) sans oublier les leaders de communautés, les responsables de Mouvements de jeunesse, les promotrices rurales. Nous insisterons beaucoup sur les Promotrices rurales et les leaders de communautés qui, étant issus de celles-ci et souvent choisis par elles, sont des hommes et des femmes dont les conseils sont acceptés, l'exemple suivi ; vis-à-vis d'eux, la méfiance n'existe pas. Les instituteurs peuvent aussi jouer un grand rôle. Un des moments le plus propice à l'éducation sanitaire ne serait-il pas l'école primaire ? A cet âge là, l'enfant est malléable, il apprend facilement de nouveaux gestes. D'autre part, le pourcentage d'enfant fréquentant l'école primaire

est le plus élevé. Cette politique demande évidemment une formation intense des instituteurs dans les Eccles Normes et un recyclage régulier, en particulier une recherche sur la manière de faire évoluer les notions d'hygiène chez le jeune enfant. Comment peu à peu lui inculquer de bons réflexes concernant la santé ? Ce travail pourrait être réalisé en collaboration avec des éducatrices sanitaires.

Afin d'assumer cette responsabilité collective, il faudrait que l'enseignement de la médecine sociale, de l'hygiène et de la médecine préventive dans les université et les différentes écoles soit adapté et permette aux élèves et étudiants d'acquérir une formation suffisante pour assumer cette tâche d'éducation. Cela demande un changement d'attitude et une présence plus intense et différente au malade et à son entourage. Toute occasion doit être saisie comme un moyen d'éducation. C'est une nouvelle tournure d'esprit qu'il faut peu à peu développer. Par exemple, une infirmière est en contact avec une famille et amenée à faire une visite à son domicile : un biberon traîne sur le sol en terre battue de la cuisine, c'est pour elle l'occasion d'aborder la question des microbes, de la stérilisation avec des mots simples et concrets. Les auxiliaires d'infirmerie vont dans les foyers afin de donner aux mères récemment accouchées quelques notions de puériculture. Il est sûr que si ces visites sont bien faites, si le dialogue s'établit dans la confiance réciproque, si l'esprit d'observation de la visiteuse est aiguisé, peu à peu on assistera à la

transformation de l'hygiène, de la nutrition dans ces familles. Il en est de même, lors des consultations, des relations médecin-malade.

Un autre moment très important et que, dans l'ensemble, nous savons très mal utiliser, est celui de l'attente dans les Centres de Santé. Les mères y passent souvent deux ou trois heures ; parfois elles bavardent entre elles, le plus souvent elles restent silencieuses. Il est regrettable de ne pas profiter de ce temps disponible pour organiser de courts échanges, leur apprendre à coudre, à tricoter, leur montrer des films éducatifs, leur expliquer les raisons des vaccinations.

Nous venons d'aborder les deux façons de réaliser l'éducation sanitaire : éducation individuelle et éducation par petit groupe. *Education individuelle*, qui en Amérique Latine semble donner de bons résultats, surtout lorsque l'on aborde les problèmes de vie quotidiens (hygiène de la maison, nutrition) ou de vie personnelle (planning familial). Les mères de famille que nous avons rencontrées ont du mal à fixer leur attention longtemps, d'autre part, elles ne s'intéressent que si l'on part d'un fait concret, précis, les concernant elles et leur foyer, à la minute présente. L'*éducation par petit groupe* dans les Centres, avec démonstrations pratiques (comment baigner son enfant,comment préparer la viande) nous ont quelque peu déçue. Après la série de cours, des tests

montraient que les mères avaient compris, mais lorsque nous allions dans les maisons, rien n'avait changé. Ces femmes ne savent pas passer de la théorie à la mise en pratique dans leur foyer. Aurions-nous dû leur faire des démonstrations dans les mêmes conditions que celles rencontrées chez elles ? Abandonner la baignoire de plastique, l'eau chaude au robinet au profit de récipients plus rustiques, de feux sur charbon de bois ?

Une troisième forme est l'*éducation de masse* lors de campagnes de vaccinations. Trop souvent, dans ces actions de grande envergure, on pense à la rentabilité, à l'efficacité. Plus tard, lorsqu'on demande à une mère si son enfant a été vacciné et contre quoi, elle ignore tout. Ne viendrait-elle pas plus facilement aux séances de vaccination si, par films, chants, jeux, on la préparait, la sensibilisait et lui expliquait l'utilité de ces injections.

Le rôle des éducateurs et éducatrices sanitaires est immense. Ne sont-ils pas ceux qui pourraient inventer et trouver des techniques de transmission, de communication qui permettraient de véhiculer cette éducation grâce à un langage (signes, paroles, symboles, sons, mouvements) que la population utilise et comprend.

Pour que cette éducation soit valable, il faut qu'elle s'inscrive dans un programme d'ensemble sur la santé : "souhaiter un changement d'attitude et de

comportement ne sert à rien, seule une action planifiée est véritablement utile". OMS (85). Ce programme sera bâti en tenant compte de ce que sont les besoins des hommes : "l'être humain, avec ses aspirations, ses croyances et ses façons d'être, forme le dénominateur commun de tous les problèmes sanitaires et de tous les programmes de santé." OMS (85). Les éducateurs sanitaires participeront à l'élaboration de ce programme, en amenant des analyses de situations concrètes pour voir, à l'aide de leur technicité. comment y remédier.

Ces programmes de santé influeront sur l'enseignement dans les universités et les différentes écoles.

Le personnel de santé, les enseignants et les éducateurs auront donc un message à transmettre à un récepteur qui sera la Communauté. Cette dernière va interpréter ce message, le sélectionner, l'accepter ou le rejeter. Un sondage permettra de mesurer l'effet de cette communication et de voir dans quelle mesure elle a été adoptée. L'important est de savoir pourquoi et pour qui on élabore ce message sanitaire, qui va le transmettre, à qui, comment, avec quels moyens, à quel moment et où. Certains auteurs donnent une place majeure au message ; pour nous, le point central est le sujet à qui l'on va s'adresser. C'est lui qu'il faut connaître, à qui il faut parler avec un langage qu'il peut et veut comprendre. Il faut savoir rendre le "récepteur réceptif".

Durant nos mois passés dans ce nouveau continent, il nous est apparu que l'on pouvait, par l'éducation sanitaire, arriver à changer certaines habitudes de vie. Cette évolution, certes longue, allait avoir une action sur la santé et, donc sur l'économie et peu à peu interrompre le cycle infernal du sous-développement (voir tableau).

Comment convaincre les Ministères de l'utilité de l'éducation sanitaire, cette action étant peu quantifiable ? Il est facile de connaître le nombre de vaccinations réalisées, mais on ne peut que difficilement évaluer les effets de l'éducation, le changement acquis au cours d'une période courte de un ou deux ans. On peut dire que dans un dispensaire, un médecin a effectué tant de consultations, une infirmière fait tant de cours et démonstrations aux mères de famille, mais quelle a été la valeur du dialogue entre médecin et consultante ? que signifient ces chiffres ? Les démonstrations ont-elles amélioré l'hygiène ou l'équilibre diététique de ces familles ?

Le changement apporté par l'éducation et la conscientisation est un travail de longue haleine qui s'inscrit dans l'histoire des peuples. "En rendant les individus plus conscients des exigences de la santé, plus confiants en eux-mêmes, plus réceptifs aux conseils, et plus capables d'une attitude adulte face aux problèmes liés à la prévention de la maladie, ainsi qu'à la protection et à la promotion de la santé, une éducation sanitaire efficace aide un pays à atteindre ses objectifs

de développement, car il est bien certain qu'une population saine représente pour la vie socio-économique d'une nation un potentiel accru d'énergie, d'activité et de production". OMS (85).

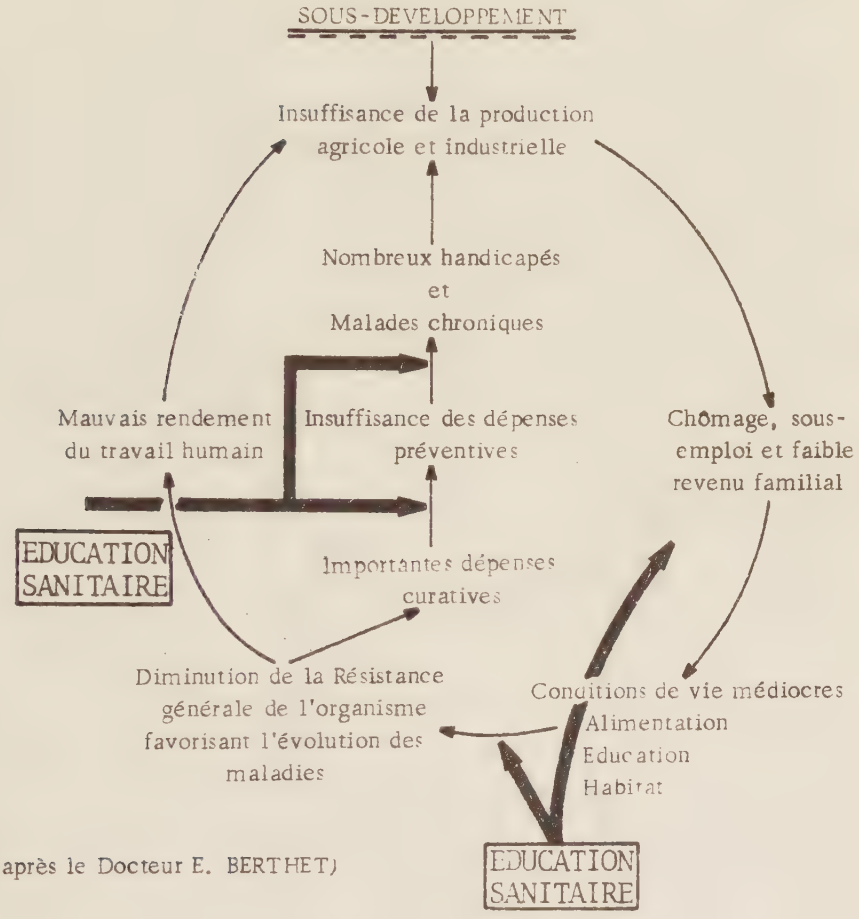
Vu : le Président de Thèse
J. MONNIER

Vu : pour le Doyen
L'Assesseur
J. MONNIER

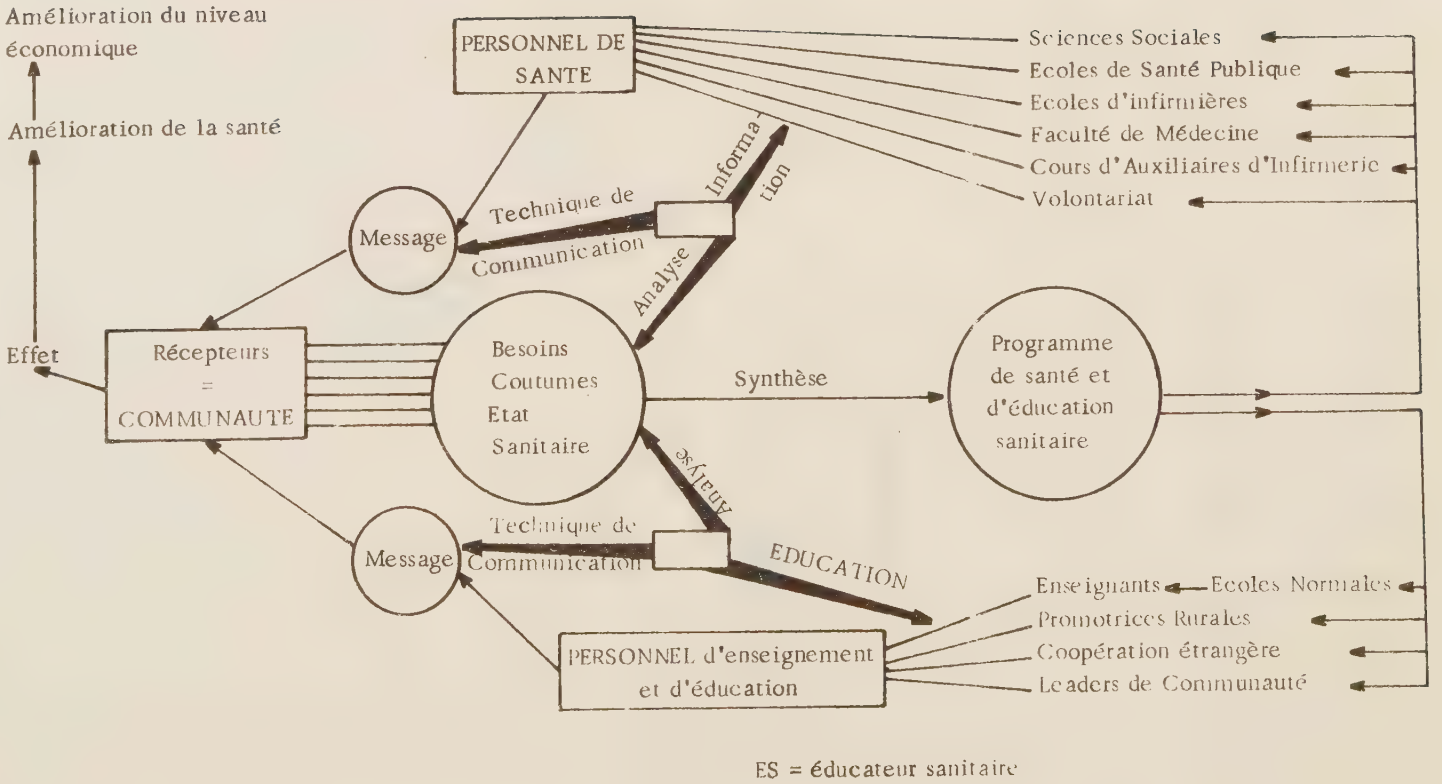
Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 20 Mars 1970

Le Doyen
Président du Conseil
Transitoire de Gestion

LE CYCLE INFERNAL DU SOUS-DEVELOPPEMENT



(D'après le Docteur E. BERTHET)



ES = éducateur sanitaire

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA PAZ
DIVISION DE SERVICOS TECNICOS AUXILIARES
SECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACION INTERNACIONAL - FRANCIA

I PARTE

Numero de la entrevista _____ Centro N° _____ Numero de la Ha. Clínica _____
Fecha _____ Lugar de la entrevista (Centro _____ Barrio _____) _____
Domicilio _____
Dirección _____ Urbana _____ Rural _____ Invación _____
Edad _____
1. - Nivel educativo : lee _____ escribe _____ Primaia _____ Secundaria _____
2. - Nivel educativo del padre : lee _____ escribe _____ primaria _____ secund _____
3. - Clase de oficio : _____ Dentro de la casa _____ fuera _____
A. Cuanto gana ? _____
4. - Que hace su esposo ? _____
A. Cuanto gana _____
5. - Estado Civil Soltera _____ Casada _____ Viuda _____
Unión libre _____
6. - Con quienes vive _____
A. Vive con su esposo ? Si _____ No _____
Desde cuándo _____
7. - Cuántos hijos ha tenido ? _____
(Anotarlos en Orden Cronológico)

N°	VIVOS		MUERTOS		CAUSAS
	M.	F.	M	F	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

A. Cuantos abortos ha tenido : _____

Antes de 6 meses de embarazo _____

Despues de 6 meses de embarazo : _____

B Qué ha causado esos abortos _____

10. - A que edad tuvo las primeras reglas : _____

11. - A que edad tuvo la primera relación sexual ? _____

12. - Esta embarazada ? Si _____ No _____

A. Como sabe si esta embarazada _____

B. Cuantos meses tiene de embarazo ? _____

C. Fecha posible del parte _____

D. Dónde va a tener el hijo que espera ? Casa _____ Hospital _____

_____ Otro _____ Por qué ? _____

13. - Sus otros partos dónde han sido atendidos :

A. Cuantos en la casa _____

B. Cuantos en el hospital ? _____

C. Otros _____

D. Por qué ? _____

14. - Qué alimentos come durante el embarazo _____

15. - Qué alimentos come después del embarazo ? _____

16. - Durante cuanto tiempo guarda dieta ? _____

17. - Planifica su familia (evita los hijos) ? Si _____ No _____

A. Desde cuándo ? _____ B. Qué método usa ? _____

C. Quién se lo recomendo ? _____

18. - Ha sufrido su esposo alguna enfermedad venerea : Si _____ No _____

19. - Se hizo examén médico antes de casarse ? Si ____ No ____ Cuales ? _____

20. - Va usted a consulta prenatal cuando está embarazada Si ____ No _____

II PARTE

21. - Cómo se llama el nino que tiene menos de un año _____

Edad (meses) _____ Recuerda el número de la historia en el C. de S. _____

22 - Nació este niño a tiempo o antes de tiempo ?

23. - Alimenta este niño con leche de pecho ? Si ____ No ____ Hasta que edad _____

24. - Le da tetero al niño Si _____ No _____

A. Qué clase de leche de vaca _____ en polvo _____ condensada _____

B. Antes de darle el tetero al niño : Hierve la leche _____ hierve el agua _____ hierve los utensilios _____

C. Por qué ? _____

25. - Cuántas comidas diarias le da al niño ? _____ Cuantas con pecho ? _____

_____ Cuantas con tetero ? _____

26. - Que otros alimentos le da al niño además del tetero ? _____

A. A qué edad empiaza a darle estos otros alimentos . _____

27. - Mientras usted trabaja dónde deja al niño ? _____
28. - Dónde duerme el niño ? _____ Solo _____ Acompañado _____
con quién _____
29. - A qué edad saca por primera vez a los niños a que reciba sol ? _____
Por qué ? _____
30. - Cada cuanto baña al niño ? _____
31. - Lava los pañales del nino cada vez que los usa ? Si _____ No _____
32. - Qué enfermedades ha sufrido el niño ? _____
33. - Cuales vacunas le han aplicado al niño ? D. P. T. _____ viruela _____
Polio _____ B. C. G. _____ Sarampión _____

III PARTE

34. - La case donde vive es : Propia _____ Arrendada _____ Otra _____
35. - Cuántas habitaciones tiene la casa ? _____
36. - Cuántas camas tiene ? _____
37. - Servicios sanitarios : Agua : en la casa _____ fuera _____ sanitarios o letrina _____
Qué hace con las basuras _____
A. Otros servicios : Luz _____ teléfono _____ radio _____ televisión _____
38. - Qué alimentos prefiere dar a su familia ? _____
39. - Cada cuánto se baña usted ? _____ Qué cosas usa para su aseo J. A. T. _____
40 - Cuánto se baña los dientes ? _____
41. - Cuál de estas bebidas le gusta más ? Aguardiente _____ cerveza _____
gaseosa _____
42. - Se cambia de ropa para dormir Si _____ No _____
43. - Fuma ? _____ Si _____ No _____
44. - Le queda durante el día tiempo libre ? Si _____ No _____ Qué le gustaría
hacer durante ese tiempo ? _____
45. - Cuándo se encuentra con sus amigos y vecinos para charlar ? _____
Por la mañana _____ Por la tarde _____
A. Qué días especialmente ? _____
B. Donde : Mercado _____ casa _____ calle _____ otro _____
46. - Qué hace usted los domingos ? Va a misa _____ Se queda en casa _____
va al cine _____ va al parque _____ Otro _____
47 - Desde cuándo vá al Centro de Salud ? _____
A. Cuándo asiste al Centro de Salud ? _____
B. Por qué : _____

OBSERVACIONES : El encuestado debe observar las condiciones higiénicas de las personas y la vivienda, incluyendo techos, paredes, basuras, presentación personal dando su concepto : _____

Firma del entrevistador _____

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA
DIVISION DE SERVICIOS TECNICOS AUXILIARES
Educación para la Salude

GUIA DE OBSERVACION DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS

(Número 2)

Con el fín de aumentar su experiencia sobre actividades educativas, a nivel de los organismos de salud, instituciones docentes u otras, y precisar su colaboración para un futuro :

1° - Observe y haga una lista de las actividades que caracterizan a la institución que visita:

2° - Analice el plan de actividades educativas, objeto de la observación, teniendo en cuenta las normas de un buen planeamiento.

3° - Describa la situación en la cual se desarrolla la actividad educativa :

a) Ambiente físico y emocional _____

b) Ejecutora (cargo-cualidades personales y técnicas) _____

d) Tema y contenido (anote detalladamente, en forma de acta el desarrollo de la actividad registrando la actuación más destacada de los miembros del grupo). _____

e) Metodos y materiales educativos empleados _____

f) Duración _____

g) Evaluación - Al final del acta anote las conclusiones a que llegaron los participantes, la actividad del grupo y los sistemas de evaluación para el tema desarrollado. _____

4° - Evaluacion por parte de la observadora.

a) Obedeció la actividad al programa educativo existente en el servicio. _____

b) Se desarrolló la actividad de acuerdo con el planeamiento escrito. _____

c) Lograro los objetivos propuestos _____

d) Se aplicaron las técnicas propias del método y materiales utilizados _____

e) Cree usted, que la actividad cumplió en parte o del todo una finalidad educativa _____

Por qué _____

f) Los sistemas de evaluación empleados fueron adecuados. _____

g) Existen actividades de seguimiento en el hogar con el fin de comprobar la efectividad de la labor educativa. _____

5° - Sugenrencias y recomendaciones de la Asistente, para mejorar la actividad educativa observada. _____

EPS 0010

SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE BOGOTA
DIVISION DE SERVICIOS TECNICOS AUXILIARES
SECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD

Centro de Salud N° _____

Nombre de la Paciente _____ N° H[a] Clinica _____

TIEMPO ENTRADA	PROCESO		SERVICIOS						TIEMPO SALIDA	OBSERVACIONES	SUGERENCIAS

EPS 0010

1° - Anote la fecha para la cual quedo citada la madre para la visita domiciliara _____

2° - Pregunte a la madre :

a) Por qué vino a consulta ? _____

b) Como le parecen los servicios del Centro _____

c) Qué es lo que mas le agrada o gusta de este Centro ? _____

d) y lo que menos _____

e) Qué le gustaría aprender o qué le enseñaran en el Centro, mientras usted espera turno ? _____

f) Qué nos recomienda o aconseja usted para mejorar los servicios del Centro ? _____

g) Otros _____

OBSERVACIONES _____

1 - AGUALIMPIA M., CALOS
"Hechos demograficos" de Columbia
Boletin de la oficina sanitaria Panamericana
LXVII, 2, 1969, 160

2 - AMSLER R.
Education sanitaire de la population et le médecin
Concours Médical 85, 1963 3325

3 - Asociacion Colombiana de Facultades de Medecina
Regulacion de la Fecundidad
Conocimientos, actitudes y pratica de la poblacion Colombiana
Vol. I et II - Tercer Mundo 1968

4 - AUBRY L.H.
Une expérience pratique d'éducation de la mère en matière d'éducation de l'enfant de 0 à 6 ans (Sénégal - Côte d'Ivoire)
CCTA - CIT - FAO - FISE - OMS - UNESCO
Pointe Noire 5-12 Juin 1962

5 - AUJOULAT L. P.
Santé et développement en Afrique
Ed. Armand Colin 1969

6 - AUJOULAT L.P.
Une éducation sanitaire pour l'Afrique
Union internationale pour l'Education Sanitaire et Comité français d'Education Sanitaire et Sociale.
Ed. Nouvelles et impressions Paris 1967

7 - AYE Hippolyte
Contribution à l'étude des besoins sanitaires et nutritionnels de l'enfance en Cote d'Ivoire
Thèse Médecine Toulouse 1962

8 - BARIC Leo
Evaluation of health educacion
Dept. of social and preventive medicine university of Manchester - 1967

9 - BEHECHTI H.
Problèmes actuels de protection maternelle et infantile dans la Province de Khorassau
Ecole Nationale de la Santé Publique
Mémoires Médecins 1967

10 - BERNARD J, RUFFIE J.
Hématologie géographique
Masson Paris 1966

11 - BERTHET Etienne
L'éducation sanitaire : tâches actuelles et orientations futures
Med. et Hyg. 22, 1964, 562

12 - BOLIVIA - NUTRITION SURVEY
A report by the interdepartmental committee on nutrition for national defence
June 1966 - Rapport dactylographié - US Government Printing office

13 - BOULOUX C. J.
Contribution à l'étude biologique des phénomènes pubertaires en très haute altitude (La Paz)
Thèse Médecine, Toulouse 1968

14 - CAPRILES R.
El problema social en Bolivia
Fenix Ed., La Paz Bolivia 1941

15 - CARLES-TROCHAIN Elisabeth
Etude hémotypologique des pêcheurs du Lac Titicaca
Monographies du Centre d'Hémotypologie du C.N.R.S. Toulouse 1968

16 - C.E.P. (Centro de estudios de Poblacion y familia)
Conditionamientos socioculturales de la Fecundidad en Bolivia
La Paz 1969

17 - CIE
Séminaire sur l'éducation en matière de santé et de nutrition en Afrique au Sud du Sahara
CIE réunions et conférences XII
Pointe Noire 5-12 Juin 1962

18 - CIE Paris -
Institut Pediatrie Sociale Dakar
Conditions de vie de l'enfant en milieu rural en Afrique
Dakar 1967
CIE Réunions et conférences XIV

19 - CHICAL R.
Aspects de la promotion humaine dans les pays du Tiers Monde
Une expérience d'animation rurale en république centrafricaine
Mémoires Médecins
Ecole Nationale de la Santé Publique 1966

20 - CORONEL José G.
Prematuridad en nuestro medio
Pediatria 10, 3, 1968

21 - COURY C.
La médecine de l'Amérique précolombienne
Edit. Roger Dacosta Paris 1969

22 - DOBKIN M.
Curanderismo Psicodelico en el Peru : continuidad y cambio
Mesa redonda de Ciencias Préhistoricas y antropologicas I, 139-152
Instituto RIVA AGUERO Lima 1969

23 - DUBOS René
Le mirage de la santé
Denoël Paris 1961

24 - DUPIN M.
Expériences d'éducation sanitaire et nutritionnelle en Afrique
Etudes "Tiers Monde" PUF, Paris 1965

25 - DUPIN M.
Les enquêtes nutritionnelles effectuées en Afrique
Méthodes et interprétation des résultats
Ecole Nationale de la S.P. Rennes 1968

26 - GALBRAITH J.K.
Les conditions actuelles du développement économique
Denoël Paris 1962

27 - GUTIERREZ DE PINEDA Virginia
La medecina popular en Colombia
Universidad Nacional de Colombia
Monografias sociologicas n° 8, Oct. 61

28 - GUITIERREZ DE PINEDA V.
Causas culturales de la mortalid infantil
Revista colombiana de antropologia Vol. IV,
Bogota 1955

29 - HADJ-LAKEHAL BELKACEM
Prévention des carences protidiques au moment du sevrage en Algérie
Ecole Nationale de Santé Publique, Mémoires Médecins 1968

30 - HANSON R.
Predicting a community decision = a test of the miller - Form theory
American Sociological Review 24, 1959, 662-663

31 - HEALTH Education
Review of Research related to health education practice
Monographs - Supplement n° 1 - 1963

32 - HELBERTO LUNA-JASPE G.
El crecimiento de ninos de dos clases socio-economicas durante sus primeros seis anos de vida
Instituto Nacional de Nutricion Bogota 1968

33 - HELBERTO LUNA-JASPE G.
El peso y la talla insuficientes de un grupo de recien nacidos de clase economica baja
Bogota 1969 Instituto Nacional de Nutrition

34 - HELBERTO LUNA-JASPE G.
El crecimiento intra uterino de un grupo de ninos de clase economica baja
Instituto Nacional de Nutricion Bogota 1969

35 - HIERNAUX J.
Psychologie de l'enfant
PUF - A paraître

36 - HORINE F.
Vers une philosophie de l'éducation sanitaire
Revue Internationale d'Education de la Santé
9, 3, 1966, 102

37 - Instituto Boliviano de estudio y accion social-IBEAS-
Formacion popular
Planificacion familiar
La Paz 1968

38 - IBEAS
Formacion popular y problemas medico sociales
La Paz 1967

39 - IBEAS
Formacion popular
Nutricion
La Paz 1968

40 - IBEAS
La salud en las regiones bolivianas
La Paz 1967

41 - Institute of Nutrition of Central America and Panama
Statement of activities
GROWTH and Development UNIT
Guatemala Décembre 1967

42 - Instituto de Nutricion
La alimentacion y el estado de nutricion en el Peru
De los Anales de la Facultad de Medicina
Tomo XLIII, 1, 1960

43 - JELLIFE D.B.
Alimentation du nourrisson des régions tropicales et subtropicales
OMS - Série de monographies n° 29 - 1957
Medical Proceedings - Johannesburg Janvier 1956

44 - KELLER MARTIN D.
Estudio Piloto Para el Desarrollo de salud de la comunidad en Bolivia-USAID-
La Paz Bolivia 1969

45 - LAMBERT G.
L'adaptation physiologique et psychologique de l'homme aux conditions de vie désertiques
C.N.R.S. - Monographie du Centre d'Hémotypologie
C.H.U. Toulouse - 1968

46 - LEVI STRAUSS
Tristes tropiques
Plon, Paris 1955

47 - LLANOS GUILLERMO
Mortalidad infantil en cinco comunidades del Valle del Cauca
Antioquia Medica 19, 1, 1969, 21-29

48 - MANDE R., FILASTRE C., AJJAN N., ORSSAUD E.
Données nouvelles sur les possibilités d'immunisation du nourrisson au cours de la première année
Arch. Franç. Péd. 26, 1969, 155-177

49 - MASSE G.
Croissance et développement de l'enfant à DAKAR
C.I.E. Paris 1969

50 - MAZER A.
Ration azotée et équilibre hydrique en climat tropical
Mémoires Ecoles de Santé Dakar 1968

51 - MAYER E.M.
Ressources alimentaires et protéines d'origine nouvelle
Chronique OMS 22, 6, 1968, 248

52 - METRAUX A.
Religions et magies indiennes d'Amérique du Sud
Gallimard 1967

53 - Ministerio de Salud - Peru
Plan de desarrollo economico y social 1967-1970

54 - Ministerio de Salud Publica
Investigacion nacional de morbilidad
Atencion medica
Bogota Agosto 1968

55 - Ministerio de Salud Publica
Hechos demograficos
Bogota Janvier 1968

56 - Ministerio de Salud Publica - Colombia
Institutiones de Atencion Medica
Diagnosticos de consulta externa
Bogota Mars 1968

57 - Ministerio de Salud Publica - Colombia
Investigacion Nacional de Morbilidad
Accidentes
Bogota 1968

58 - NIEDERGANG M.
Les 20 Amériques Latines
Le Seuil 1962

59 - O'BANDO Teobaldo Loyazo
Sociologia del Peru
Universitad technica del Altiplano de Puno
Facultad de Ciencias economicas y comerciales
Lima 1966

60 - OMS - OAA
Comité mixte d'experts de l'alimentation
et de la nutrition
Rapport sur la première Session - Genève
Série Rapport Technique n° 16 - 1951

61 - OMS - FAO
Comité mixte FAO-OMS d'experts de l'alimentation et de la nutrition
Rapport sur la deuxième Session
Série Rapport Technique n° 44 - 1951

62 - OMS - FAO
Prophylaxie et traitement des déficiences alimentaires graves lors des calamités
Rapport approuvé par le Comité mixte FAO-OMS d'experts de l'Alimentation et de la Nutrition et soumis à la quatrième Association Mondiale de la Santé
Série Rapport Technique n° 45 - 1951

63 - OMS
Discussions techniques sur l'enseignement et la formation professionnelle du personnel médical et du personnel de santé publique
Chron. Org. Mond. Santé 5, 1951, 312

64 - OMS
Education sanitaire en Haute Egypte
Chron. Org. Mond. Santé 6, 1952, 386

65 - OMS
Comité d'experts de la maternité
Premier Rapport Etude Préliminaire 1
Série Rapport Technique n° 51 - 1952

66 - OMS - FAO
Comité mixte FAO/OMS d'experts de l'alimentation et de la nutrition
Troisième rapport
Série Rapport Technique n° 72 - 1953

67 - OMS
Comité d'experts de l'éducation sanitaire de la population
Premier rapport
Série Rapport Technique n° 89 - 1954

68 - OMS - FAO
Comité d'experts de la nutrition
Quatrième rapport
Série Rapport Technique n° 97 - 1955

69 - OMS
La conférence de Wiesbaden sur "l'éducation sanitaire"
Chron. Org. Mond. Santé 11, 1957, 343

70 - OMS
Education sanitaire en Afrique
Chron. Org. Mond. Santé 11, 1957, 340

71 - OMS
Comité d'experts de la formation à donner au personnel de la santé en matière d'éducation sanitaire de la population
Série Rapport Technique n° 156 - 1958

72 - OMS
2e Conférence européenne sur éducation sanitaire de la population
Bureau Régional de l'Europe
Rapport Copenhague - 1959

73 - OMS - UNESCO
Préparation des enseignants à l'éducation sanitaire
Rapports d'un comité d'experts mixte OMS - UNESCO
Série Rapport Technique n° 193 - 1960

74 - OMS - FAO
Besoins en calcium
Rapport d'un groupe d'experts FAO-OMS
Série Rapport Technique n° 230 - 1962

75 - OMS
La formation du médecin de famille
Comité d'Experts de la formation professionnelle et technique du personnel médical et auxiliaire
Série Rapport Technique n° 257 - 1963

76 - OMS
Comité d'experts sur l'appréciation médicale de l'état de nutrition
Série Rapport Technique n° 258 - 1963

77 - OMS
Education sanitaire en URSS
Cahiers de Santé Publique n° 19 - 1963

78 - OMS
Conférence Interrégionale OMS/OPS sur la préparation post-universitaire du personnel de santé à l'éducation sanitaire
Philadelphie 1962
Série Rapport Technique n° 278 - 1964

79 - OMS
Bureau Régional de l'Europe
Formation des médecins à l'éducation sanitaire
Copenhague - 1964

80 - OMS
Physiologie de la lactation
Rapport d'un groupe scientifique - OMS
Série Rapport Technique n° 305 - 1965

81 - OMS - FAO
Besoins en protéines
Rapport d'un groupe mixte d'experts FAO-OMS
Série Rapport Technique n° 301 - 1965

82 - OMS
Nutrition - Activités de l'OMS 1948-1964
Tirage à part d'une série d'articles parus entre octobre et décembre 1965 dans la chronique OMS 1965

83 - OMS
La nutrition pendant la grossesse et l'allaitement
Rapport d'un comité d'experts de OMS
Série Rapport Technique n° 302 - 1965

84 - OMS
Organisation et administration des services de protection maternelle et infantile
Série Rapport Technique n° 428 - 1969

85 - OMS
Planification et évaluation des services d'éducation sanitaire
Série Rapport Technique n° 409 - 1969

86 - OMS
La recherche en éducation sanitaire
Série Rapport Technique n° 432 - 1969

87 - OMS - FAO
Comité mixte FAO/OMS. Expériences Nutrition
Septième Rapport
Série Rapport Technique n° 377 - 1969

88 - OOMEN - HAPC
Infant malnutrition in Indonesia
Bull. Org. Mond. Santé 9, 1953, 371

89 - OSBORNE H.
Bolivia
Oxford RUA, 1965

90 - PAPI Hugo
Doc. Nations Unies.
UN/TAA/SEM 17 L.8, p. 6, 1958

91 - PEDIATRIE
20e Congrès Pédiatrie, Nancy, 1965
Masson - Paris 1966

92 - QUILICI J.C.
Les altiplanides du Corridor Interandin
Etude hémotypologique
Thèse Toulouse 1968

93 - RAMIREZ GIL C.
Elementos para el diagnostico de la
realidad social del pais
Ministerio del Trabajo - La Paz 1968

94 - RAVINA A.
La faim dans le monde
Utilisation de la protéine concentrée de
poisson et des mixtures de protéines végétales.
La Presse Médicale 76, 6, 1968, 239

95 - REVUE DU PRATICIEN
Prévention chez la femme et l'enfant
19, 28, 1969

96 - RIVERO-MONTANEZ
Problèmes de santé publique liés à la maternité dans la race Lunda au Katanga
Ecole Nat. de la Santé Publique, Mémoires Médecins - 1968

97 - RUFFIE J.
Hémotypologie et évolution du groupe humain
Monographie du Centre d'Hémotypologie du C.N.R.S.
Hermann 1966

98 - RUFFIE J.,LARROUY G., VERGNES H.
Hématologie comparée des populations amérin-diennes de Bolivie et phénomènes adaptatifs
Nouvelle Rev. Française d'Hémat. 6, 4, 1966,544

99 - SAFI Joseph
Essai d'intégration des activités de prévention dans le fonctionnement des Hôpitaux ruraux de la région de la BEKAA Liban
Ecole Nat. de la Santé Publique, Mémoires Médecins - 1968

100 - SANTE
Plan Nacional de Salud 1966-1975
La Paz 1966

101 - SAUVY Alfred
La population
P.U.F., Paris 1968

102 - SERVILLE Y.
Enquête sur l'alimentation familiale en Loire Atlantique
Bulletin de l'INH 16, 2, 1961, 335

103 - SOTO-VIERA Manuel E.
Création d'un centre de santé pilote de formation sanitaire à Porto Rico. Son rôle dans l'amélioration des services de santé
Ecole Nationale de Santé Publique, Mémoires Médecins - 1968

104 - TANNER J.M.
Education et croissance
Delachaux et Niestlé 1964

105 - TOURY J., HELLEGOUARCH R., DUPIN H.
Enquêtes de consommation alimentaire et état nutritionnel
Organisme de recherches sur l'alimentation et la nutrition africaines
O.R.A.N.A. Dakar

106 - TCHISTEAKOV T.I.
La propagation des connaissances sanitaires hygiéniques et médicales par la radio-TV
Santé Publique (BUC) 6, 1963, 237

107 - TREMOLIERES J.
La faim dans le monde. Qu'est-ce à dire ?
La Revue de Médecine 11, 2, 1970, 57

108 - TREMOLIERES J., SERVILLE Y., JACQUOT R.
Manuel élémentaire d'alimentation humaine.
Les aliments
Editions sociales françaises 1964

109 - TREMOLIERES J., SERVILLE Y., JACQUOT R.
Bases de l'alimentation. Manuel élémentaire d'alimentation humaine
Editions Sociales Françaises 1964

110 - UNESCO
L'analphabétisme et les droits de l'homme
UNESCO 1968

111 - UNG-TENG
Place des problèmes de nutrition dans la santé publique au Cambodge
Ecole Nationale de la Santé Publique. Mémoires Médecins 1968

112 - UNICEF
L'enfant dans le Tiers Monde
PUF - Paris 1965

113 - VANDEL A.
L'homme et l'évolution
Gallimard, Paris 1958

114 - VELLARD Jehan
Dieux et Parias des Andes
Les Ourous - ceux qui ne veulent pas être des hommes
Edit. Emile Paul 1954

115 - VELLARD Jehan
La médecine indigène sud-américaine
Bull. de la Soc. Suisse des Américanistes
n° 31, 1967

116 - VELLARD Jehan
Civilisation des Andes
Gallimard, Paris 1963

117 - VELLAS Pierre
Moyens sociaux du développement économique
P.U.F., Paris 1968

118 - VIBOREL Lucien
L'éducation sanitaire
Arrault et Cie, Tours 1953

119 - WATERLOW J.C. et VERGARA A.
La malnutrition protéique au Brésil
Bull. Org. Mond. Santé 15, 1956, 165

120 - WILLIAMSON-RUEDA Roberto
Estudio seccional de crecimiento, desarollo y nutricion en 12 138 ninos de Bogota - Colombia
Tablas de peso y talla
Publication de l'Instituto Nacional de Nutricion
Bogota 1968

121 - WILLIAMSON RUEDA Roberto
Metodo auxometrico combinado en la evaluacion del crecimiento y del estado nutricional de los ninos
VIIe Congreso Panamericano de Pediatria
Quito 1968

INTRODUCTION 1

LA COLOMBIE 16

A - Données biogéographiques 20

B - Données statistiques 23

C - Caractéristiques des populations étudiées 30

Les quartiers étudiés 32

Choix des échantillons 42

Nos enquêtes 44

1. Le niveau éducatif des parents 47

2. Professions et salaires 54

3. Vie conjugale 57

4. Enfants 63

5. Vie sexuelle, grossesses, accouchements 70

6. Logement 79

7. Hygiène de la mère 82

8. Activités de la mère de famille 87

9. L'enfant de moins d'un an 91

LA BOLIVIE 111

A - Données biogéographiques 114

B - Données statistiques 118

C - Caractéristiques des populations étudiées 123

LE PEROU 148

LE CHACO ARGENTIN 157

CONCLUSION 166

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE